WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY
POTRZEBOM
LEKARZA
PRAKTYKA
I PRZEGLĄDOWI
FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA
LEKARSKIEGO

REVUE MENSUELLE
CONSACRÉE A LA
LITTÉRATURE
MEDICALE
FRANÇAISE
ET AUX BESOINS
DU PRATICIEN

POD REDAKCJĄ
DOC. DR E. REICHER

WARSZAWA 1939
NUMER 1
STYCZEŃ

WYD. XIII R.

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK, POŚWIĘCONY POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA I PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO
REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN
POD REDAKCJĄ DOC. DR MED. E. REICHER.

ROK XIII. WARSZAWA, STYCZEŃ 1939 R. NUMER I.

PRACE ORYGINALNE

ZABURZENIA NIACZYNIOWE KOŃCZYN DOLNYCH I ICH ZNACZENIE DLA LEKARZA PRAKTYKA.

podał

Prof. A. Wojciechowski.

Na zaburzenia krążenia w kończynach dolnych zwraca się zazwyczaj uwagę dopiero wówczas, gdy spowodowały one już objawy ciężkie, a niekiedy nawet groźne. Dzieje się to ku oczywistej szkodzie chorych tym bardzie, że o ile początkowe okresy tych zaburzeń są dość dostępne naszym poczynaniom leczniczym, o tyle w obliczu zmian ciężkich albo już grożącego obumarcia bardzo trudno uzyskać istotnie wydatną poprawę. Ponadto w powodzi rozmaitych leków i nowych i najnowszych zalecanych metod lekarz praktyk najczęściej gubi się, nie wiedząc którym oddać pierwszeństwo. A skuteczność leczenia w tych stanach, może więcej niż gdzieindziej, zależy od zastosowania właściwego środka we właściwym czasie. Ponieważ każda postać zaburzeń i każdy okres wymaga odmiennego postępowania, wybór leczenia staje się niekiedy rzeczą bardzo trudną, zwłaszcza w tych nierzadkich przypadkach, gdy chory już próbował bez wyniku najrozmaitszych postępowań. Dlatego sądzę, że ustalenie pewnych ogólnych wytycznych, pewnych jakby orientacyjnych punktów w tej dziedzinie może okazać się pożytecznym.

W pierwszym rzędzie leczenie skuteczne zależy od dokładnego rozpoznania. Należy zdawać sobie wyraźnie i szczegółowo sprawę, co właściwie dzieje się z ukrwieniem w kończynie, albowiem tylko wtedy można działać w sposób właściwy i odpowiedni. Aby rozpoznać trzeba szczegółowo i drobiazgowo badać. Otóż przeważnie pokutuje mniemanie, że bez odpowiednich złożonych i czułych przyrządów i prób nie jest rzeczą możliwą uzyskanie należytego wglądu w warunki krążeniowe. Tak jest oczywiście, jeżeli chodzi o bardzo subtelne dane, konieczne dla badań ścisłych, lecz dla potrzeb zwykłych wystarcza całkowicie badanie kliniczne, nie wymagające żadnych przyborów, lecz wymagające spostrzegawczości, dokładności i umiejętności wyciągania wniosków z zauważonych odchyleń.

Przede wszystkim należy zerwać z utartym zwyczajem badania krążenia kończyn dolnych tylko wobec skarg chorego lub oczywistych, rzucających się każdemu w oczy zaburzeń. Jest to błąd nadzwyczaj w swych skutkach dotkliwy dla chorego. Badanie krążenia kończyn dolnych winno wchodzić w całokształt każdego badania ogólnego, gdyż tylko wtedy będziemy mogli spostrzegać i leczyć zaburzenia nie w ich okresach końcowych, daleko posuniętych i wskutek tego niewdzięcznych, lecz w okresach początkowych, bardzo łatwo poddających się prostym nawet zaleceniom terapeutycznym i higienicznym. Badanie każdego chorego w tym kierunku nadto

120

w szybkim czasie pomoże do nabycia takiej wprawy, że tak przeprowadzenie samego badania jak i uchwycenie odchyleń stanie się rzeczą łatwą.

Na wstępie kilka słów dotyczących fizjologii ukrwienia może okazać się pożytecznym dla dalszych rozważań.

Kończyny dolne stanowią wagowo około ⅓ części wagi ciała, ale powierzchnia ich przekracza połowę powierzchni ciała. Stąd warunki krążenia w nich odbijają się i odbijać się muszą w stopniu wybitnym na krążeniu ogólnym. Masa kończyny to przede wszystkim m i ę ś n i e, a w mniejszym stopniu kości, naczynia, nerwy i skóra.

Krążenie spełnia kilka zadań: dostarcza ono potrzebnych związków tkankom i wypłukuje produkty przemiany materii, odgrywa główną rolę w uruchamianiu czynników obronnych w stanach zapalnych i pokrewnych, oraz stanowi główny regulator ciepłoty miejscowej tkanek i całego ciała. Wobec, jak widzieliśmy, dużego udziału powierzchni kończyn dolnych w stosunku do powierzchni całego ciała, krążenie w nich nietylko ma znaczenie lokalne dla tkanek kończyn, ale jednocześnie spełnia wielką rolę w ogólnej regulacji ciepłoty.

Kończyny dolne a zwłaszcza ich części obwodowe znajdują się najdalej od serca, a w pionowej pozycji krew odpływająca z nich napotyka na szczególnie utrudnione warunki hydrostatyczne. Krew dopływa do kończyn drogą dużych tętnic, tłoczona głównie siłą skurczu serca, ale już w nieco mniejszych gałęziach, a tych jest w kończynie przeważająca liczba, dołącza się bardzo wybitny czynnik: sprężystość i kurczliwość samej ściany naczynia. Większość tętnic kończyny należy do rzędu tetnic i tętniczek mięśniowych, odznaczających się szczególnie obfitą mięśniówką. Pomniejsze naczynia tętnicze, zwłaszcza w skórze na obwodzie, wykazują dość liczne bezpośrednie połączenia tętniczo żylne. Są to jak je trafnie nazwał H a v l i c e k vasa privata, w odróżnieniu od vasa publica, które zawsze stoją otworem i służą ogólnemu krwiobiegowi. Vasa privata, gdy nie są w którymś odcinku skurczone, a więc czasowo niedrożne, zezwalają na szybki, bo z ominięciem sieci włośniczek, przepływ krwi, co znakomicie ułatwia np. szybkie rozgrzanie kończyny. Włośniczek najwięcej napotykamy w skórze i w mięśniach. W tych ostatnich obliczają ich liczbę na 700 w kwadratowym milimetrze poprzecznego przekroju. Oczywiście, tylko część ich jest zwykle drożna i zawiera krew, reszta w warunkach zwykłych podczas bezczynności mięśnia jest skurczona i zamknięta dla krwiobiegu; powrócimy jeszcze do tego niebawem. Najmniejsze tętniczki przedwłośniczkowe wykazują największą zdolność do z m i a n y s w e g o ś w i a t ł a, zależnie od napięcia swych ścian. We włośniczkach, czy to odnogi tętniczej czy żylnej pętli, krew krąży zawsze leniwiej niż gdzieindziej, rozlewając się szerokim, ale wolno płynącym korytem. Jeden cm^3 krwi we włośniczkach przedstawia około 5600 cm^2 powierzchni; znakomite urządzenie jeśli chodzi o wymianę związków przemiany materii i oddawanie ciepła.

Nie wszystkie tkanki jednakowo potrzebują krwi. Już B i e r mówił o głodzie krwi, różnym w rozmaitych okresach, zależnie od stanu i rodzaju tkanek. Tkanki na ogół łakną najwięcej krwi podczas swej czynności i tu największe wahania napotykamy w mięśniu, gdyż pracujący mięsień wymaga dwudziestokrotnie większej ilości krwi w jednostce czasu niż ten sam mięsień w stanie spoczynku. A wszak kończyny to głównie mięśnie, stąd warunki ukrwienia mięśni posiadają dla naszego tematu szczególne znaczenie.

Dopływ krwi do poszczególnych odcinków zostaje ściśle i precezyjnie regulowany w warunkach prawidłowych za pomocą różnych urządzeń. Szybkość i dokładność działania tych urządzeń musi być bardzo duża, skoro posiadamy tylko około 5 litrów krwi, a pojemność sieci naczyniowej jest kilkakrotnie większa. Jak w dobrze funkcjonującym banku kapitał, tak i u nas nieznaczna względnie ilość krwi krążącej wystarcza do załatwienia wszystkich wymagań życiowych tkanek i narządów dlatego, że maximum ich żądań nie przypada na jedną i tę samą chwilę. Tylko w warunkach patologicznych może być inaczej i wtedy znowuż powstaje sytuacja niezbyt per analogiam różniąca się od runu na bank podczas paniki: nawet uruchomienie zapasów krwi, np. ze śledziony może okazać się niewystarczającym, aby sprostać wszystkim żądaniom.

Sterowanie ukrwieniem odbywa się za pomocą zmiany akcji serca i zapomocą zmiany światła naczyń i szybkości prze-

pływu. Nas interesować będzie tylko ostatni sposób. Światło naczynia, a mowa tu głównie o naczyniach drobnych, posiadających mimo to znaczenie główne dla krążenia w porównaniu z daleko mniej ważnymi pod tym względem dużymi naczyniami, zwęża się lub rozszerza pod wpływem bodźców nerwowych naczynioruchowych, dopływających bądź z wyższych ośrodków, bądź w krótkiej drodze, bądź wskutek miejscowego zadziałania na naczynia pewnych produktów przemiany materii, głównie związków histaminowych i cholinowych, bądź też wreszcie pod wpływem gorąca i zimna. Trzy tedy powody mogą wpłynąć na wielkość światła naczynia na kończynie, nierzadko kojarzą się one w rozmaitych nasileniach i połączeniach.

Przez włośniczki krew przepływa wolno i im wolniej tym więcej odaje tlenu i cieplika czyli wraca ciemniejsza i przeważnie zimniejsza. Szybkość przepływu zależy od szerokości czy rozlewności koryta włośniczkowego, a więc od liczby otwartych włośniczek, od wielkości ich światła — im większe tym wolniej krew płynie — i wreszcie od warunków odpływu w układzie żylnym.

Układ żylny kończyn dolnych znajduje się w szczególnie niesprzyjających warunkach hydrostatycznych, gdyż w pozycji pionowej odpływ musi przezwyciężać ciśnienie około półtorametrowego słupa krwi. Tylko zastawkom znajdującym się w żyłach zawdzięczamy w ogóle możność przesunięcia krwi w tych warunkach. Krew w żyłach kończyn dolnych krąży głównie wskutek bezpośredniego ucisku na żyły rytmicznie kurczących się mięśni. Do tego, według teorii Schadego, w głównych, przylegających do tętnic, żyłach dołącza się jeszcze popychająca siła fali tętna, sąsiadującej tętnicy. Fala ta bowiem, uciskając żyłę w pewnym jej odcinku, wytłacza czy wyciska krew z tego odcinka, a ponieważ przy wydolnych zastawkach w żyłach ruch może być tylko jednokierunkowy, tedy odpłynąć krew może tylko dosercowo. Dzieje się to jednak tylko wtedy gdy otaczające żyłę tkanki nie są zbyt ustępliwe i gdy siła fali tętna nie jest zbyt słaba, innymi słowy najsilniej ten mechanizm zaznacza się w kończynie o mięśniach nieźle napiętych, o dobrych powięziach (podobne działanie jak pończochy gumowej) i o sile tętniącej, a więc sprężystej ścianie tętnicy. Twarda miażdżycowa ściana oczywiście tylko w znikomym stopniu jest zdolna do takiego działania. Żyły podskórne są pozbawione tych wpływów, gdyż nie przylegają do tętnic, ani też bezpośrednio do mięśni, nadto znajdują się ponad otaczającą wszystko powięzią. W nich krew zostaje popychana częściowo przez vis a tergo, przez gromadzącą się w drobnych żyłkach krew, a pewne działanie ssące wywierają duże żyły głębokie, z którymi żyły podskórne są połączone licznymi gałęziami, zaopatrzonymi w zastawki, zepewniające znowuż jednokierunkowy, idący w głąb bieg krwi.

Ukrwienie mięśni zasługuje na zupełnie szczególną uwagę. Składa się na to wiele przyczyn. Przede wszystkim stanowią one główną masę kończyn, następnie, jak wspomnieliśmy powyżej, należą one do narządów o bardzo dużym rozpięciu w zapotrzebowaniu krwi. Ponadto są one źródłem, w którym powstają substancje oddziaływujące bezpośrednio na rozmiar światła naczyń i wreszcie i to nie jest bynajmniej rzeczą drugorzędną, odgrywają wybitną rolę mechaniczną w przesuwaniu słupa krwi żylnej. Mięsień pracujący łaknie krwi i natychmiast po rozpoczęciu pracy otrzymuje jej uwielokrotnioną dawkę, w warunkach prawidłowych wystarczającą tak do zapewnienia możności dalszej pracy, jak i do wypłukania produktów spalania, podczas rozkurczu chłonie on chciwie napływającą krew, aby podczas skurczu wycisnąć ją z siebie do krwiobiegu. Rytmiczny skurcz i rozkurcz stanowią warunek nieodzowny należytego ukrwienia mięśnia. Ale nie zawsze mięsień w ten sposób pracuje, często znajduje się on w stałym skurczu lub wzmożonym napięciu, spełniając pracę statyczną. Mięsień taki jest źle ukrwiony: związki powstające w nim wskutek pracy nie są należycie wypłukiwane i zmęczenie następuje o wiele prędzej niż w mięśniu rytmicznie się kurczącym. Jeżeli jeszcze szwankuje i należyty dopływ krwi świeżej, to mięsień taki niejako dusi się, co występuje klinicznie w postaci zmiennego bólu wysiłkowego, dobrze znanego w cierpieniu, noszącym miano chromania przestankowego. Mięsień taki w pewnej chwili odmawia posłuszeństwa, staje się jakby niepodatny na podniety ruchowe i reaguje bólem aż do chwili polepszenia ukrwienia, a głównie wypłukania nagromadzonych produktów przemiany materii.

Te same środki naczynioworuchowe, które regulują i sterują ukrwieniem tej czy innej grupy mięśni, panują również nad ukrwieniem przyległych tkanek: kości, stawów, ścięgien itp. albowiem nerwy naczynioruchowe tych tkanek są podległe tym samym ośrodkom, co i naczynia mięśniowe. Wynika stąd bardzo ważny dla nas fakt: przemożnego wpływu ukrwienia mięśni dla ukrwienia kończyny wogóle.

Ukrwienie skóry posiada tylko częściową samodzielność i stoi głównie pod znakiem zmian temperatury, otaczającej z jednej strony i czynników mechanicznych, a mianowicie ucisku z drugiej. Skóra podeszwy, na której stoimy, jest źle ukrwiona, gdyż naczynia są ucisnięte; nie odbija się to odrazu fatalnie, gdyż ucisk taki nie trwa nieprzerwanie, ale jeżeli warunki spowodują dłuższe trwanie ucisku, lub gdy ukrwienie jest już odrazu upośledzone, to powstają zmiany wsteczne aż do obumarcia włącznie, zmiany wszystkim dobrze znane pod nazwą odleżyny.

Aczkolwiek ukrwienie skóry odznacza się pewną samodzielnością jednak nie na tyle, aby ze stanu jej ukrwienia nie można było wyciągnąć wniosków, dotyczących ukrwienia ogólnego kończyny, a ponieważ jest ona dla naszych badań terenem najdostępniejszym, warto więc trochę czasu poświęcić zmianom tu zachodzącym.

Dwie cechy są szczególnie cenne: b a r w a skóry i jej c i e p ł o t a. Skóra ciepła jest przeważnie skórą dobrze ukrwioną, chociaż może i podczas niektórych zaburzeń krążenia wykazywać dobrą ciepłotę. Skóra jest tym cieplejsza, im więcej w jednostce czasu przepływa krwi: może więc to być jednocześnie skóra blada, gdy przez wąskie tętniczki i włośniczki krew przepływa szybciej niż przez szerokie i liczne. Im szersze koryto, tym wolniejsze posuwanie się krwi. Wypełnienie samych włośniczek posiada dla ciepłoty podrzędniejsze znaczenie.

B a r w a skóry; oczywiście tylko z naszego stanowiska, (nie myślimy tu o barwnikach mogących się znajdować w skórze w stanie prawidłowym lub chorobowym) zależy znowuż od ilości krwi w p o w i e r z c h o w n y c h naczyniach i od właściwości tej krwi. Krew utleniona, żywo czerwona oczywiście da inne zabarwienie, niż krew pozbawiona tlenu i przeładowana dwutlenkiem węgla. G ł ę b o k o ś ć zabarwienia należy odróżniać od samego charakteru barwy, np. barwa może być sinawa, ale o rozmaitym natężeniu siności. Natężenie zależne jest przede wszystkim od zawartości krwi w tkankach, od ich napęcznienia krwią. Im więcej krwi gromadzi się w drobnych naczyniach, im więcej one są przepełnione, tym głębsze zabarwienie, stąd zabarwienie zmienia swe natężenie zależnie od ułożenia: na zwisającej kończynie przybiera ono tony ciemniejsze, więcej nasycone.

Streszczając powyższe podkreślić należy, że ukrwienie kończyny zależne jest w dużym stopniu od stanu naczyń, a ściślej od wymiaru ich światła. Wymiar ten jak i liczba drożnych chwilowo naczyń zależy od czynników różnych, z których możemy odróżniać dwie kategorie: 1) czynniki nerwowe rozmaitego rzędu, oraz 2) czynniki humoralne. Za pomocą tych dwóch zasadniczych urządzeń ustrój reguluje dopływ krwi, steruje nim i przystosowuje do chwilowych potrzeb miejscowych. Przerwanie krótkotrwałe dopływu krwi prowadzi do wzmożenia głodu krwi przez nagromadzenie się niewypłukiwanych produktów przemiany materii, działających rozszerzająco na naczynia, stąd raptem zaczerwienienie, jako odczyn bezpośredni po ponownym wszczęciu dopływu krwi. Odczyn ten szybko przemija, gdyż prąd krwi wypłukuje natychmiast owe związki i światło naczyń wraca do przeciętnych wymiarów. Najłatwiej powstaje głód krwi w mięśniu, jako najwięcej potrzebującym jej narządzie podczas pracy, pośrednio wzmożenie ukrwienia mięśni działa na cały krwiobieg kończyny, albowiem ośrodki regulacyjne są wspólne.

Dla regulacji ukrwienia kończyny w większej mierze posiadają wpływ małe i drobne tętniczki niż duże pnie tętnicze, przyczym liczba połączeń anastomotycznych jest tak wielka, że praktycznie nawet zupełne zamknięcie większego pnia tylko w warunkach anatomicznych szczególnie niesprzyjających prowadzić może do stałego niedokrwienia; przeważnie wytwarza się wystarczający obwodowy krwiobieg. Wypełnienie włośniczek jest jednoznaczne ze zwolnieniem tempa przepływu krwi i z jej nagromadzaniem się, a nawet często zaleganiem, dla barwy skóry wypełnienie włośniczek posiada pierwszorzędne znaczenie. Odpływ krwi żylnej zależy w dużej mierze od wydolności zastawek w głębokich podskórnych żyłach i ich połącze-

niach, od skurczów mięśniowych, a w głębokich żyłach od stanu napięcia powięzi i siły fali tętna w przylegającej tętnicy. W warunkach prawidłowych jesteśmy ciągle świadkami nieustannej pracy naczyniowej, nieprzerwanej g r y naczyniowej zwężania i rozszerzania się światła naczyń w poszczególnych odcinkach, lub w całości kończyny, gra ta zależna od wielu wpływów, wyliczonych powyżej, umożliwia takie sterowanie ukrwieniem i rozporządzalną ilością krwi, że jest ona w stanie spełnić swe zadanie główne — dowozu związków potrzebnych, wypłukiwaniu zbędnych i regulacji ciepła, tak miejscowej jak i ogólnej.

Ponieważ kończyny dolne znajdują się w szczególnie trudnych warunkach ukrwienia ze względu na oddalenie od serca i niepomyślne warunki odpływu w pozycji pionowej i bardzo dużą masę mięśni, tedy właśnie w nich najwcześniej i najjaskrawiej występują wszelkie zaburzenia, a oczywiście łatwiej też dojść tu może do czysto miejscowych zaburzeń ukrwienia. Zaburzenia te, ogólnie rzecz biorąc, mogą być typu wzmożonego i pomniejszonego ukrwienia, a oczywiście wszelkie zmiany in minus są o wiele w swych skutkach cięższe i groźniejsze i dlatego też w dalszych rozważaniach im właśnie poświęcimy szczególną uwagę.

B a d a n i e u k r w i e n i a kończyn dolnych powinno wchodzić w skład ogólnego badania i zaniedbywanie prawie powszechne tej dziedziny nie znajduje żadnego usprawiedliwienia. Poniżej postaram się podać plan takiego badania, wychodząc z warunków lekarza praktyka, a więc z świadomym pominięciem wszelkich prób i badań złożonych lub wymagających jakichkolwiek przyrządów. Proste i zwykłe badanie w olbrzymiej większości przypadków okaże się wystarczającym w zupełności, jeśli będzie przeprowadzone starannie, uważnie i z należytą logiką w wyciąganiu wniosków ze spostrzeżonych faktów.

Badamy chorego z o b n a ż o n y m i całkowicie kończynami dolnymi, najlepiej na siedząco, o ile stan ogólny na to pozwala. Badanie zasadniczo składa się z o g l ę d z i n i badania p a l p a c y j n e g o.

O g l ę d z i n y. Wzrokiem stwierdzamy: z a b a r w i e n i e powłok, ogólne i miejscowe, jeżeli jest niejednolite, to i rodzaj, miejsce i ostrość granic pomiędzy jednym odcieniem a drugim. Mimochodem szukamy zmian barwikowych, blizn, patrzymy czy skóra jest gładka, napięta, czy wiotka, pomarszczona, jak się zachowuje podściółka tłuszczowa, a na stopie oglądamy modzele, odciski i stan paznokci i ich łożysk. Zabarwieniu skóry w myśl wyżej wspomnianych wywodów poświęcamy szczególną uwagę i mianowicie tak charakterowi tego zabarwienia, jak i jego tonacji.

Wreszcie zważymy pilnie czy wzrokiem nie możemy stwierdzić szczegółów, zmian i nieprawidłowości ukrwienia np. wyraźnie zaznaczonych krętych żył, żylaków, widomego tętnienia tętnic, drobnych rozszerzeń naczynek w postaści jakby małych teleangiektazji.

P a l p a c j a. Zaczynamy od badania c i e p ł o t y skóry w różnych miejscach i odcinkach. Trzeba, żeby przed tym badaniem obydwie kończyny były obnażone i pozostawały bez ruchu w ciągu conajmniej 10 minut. Ciepłotę najprościej badamy przykładaniem grzebietu dłoni, a zwłaszcza powierzchni grzebietowej drugich paliczków. Przedtem należy, przykładając dłoń do swej twarzy i szyi oraz do twarzy i szyi chorego, wyrobić sobie zdanie o odczuwaniu ciepłoty, gdyż chłodna nasza ręka będzie klasyfikowała jako ciepłe nawet chłodniejsze w zasadzie powierzchnie, które też sama ciepła ręka odczuje jako chłodne. Badanie to, jeżeli ma mieć wartość, należy wielokrotnie w miejscach podejrzanych powtórzyć, aby uzyskać pewność, że wrażenie odniesione nie jest złudzeniem. Badając w ten sposób bez szczególnej wprawy nawet odczujemy wyraźnie drobne nawet, bo wynoszące jeden dwa stopnie, różnice temperatury.

Końce palców wykazują dążność do utrzymania w stanie prawidłowym ciepłoty w okolicy pośredniej pomiędzy temperaturą nieco niższą niż krew, a nieco wyższą niż ciepłota otaczającego powietrza, stąd konieczność sprawdzenia temperatury pokoju w którym badamy. Odchylenie od tego wzoru powinny już nasuwać myśl o zaburzeniach. Następnie, jak zaznaczono, badamy po dłuższym obniżeniu kończyny a więc w warunkach stopniowego ochładzania. Prawidłowo ciepłota stopniowo i równomiernie opada w kierunku obwodowym i jednakowo na obu kończynach.

Następnie omacywaniem stwierdzamy s t a n m i ę ś n i. ich napięcie czy wiot-

kość, stwardnienia, posuwając palce wzdłuż naczyń szukamy i tam stwardnień, unosząc skórę badamy jej sprężystość i tp. Oczywiście należy również zbadać tętno obwodowe, wszelako nie ma ono zasadniczego znaczenia. Nie należy zapominać, że wg. Reicha u 4% osób, u zdrowych brak tętna na A. dorsalis pedis, a u 8% wykrywamy jej anomalie. Dla A. tibialis postica liczby są podobne, gdyż w 5% albo brak bywa tętna, albo też szczegółowsze badanie wykrywa nieprawidłowości. Jeszcze jest ważniejsze, że ze stanu tętna tylko bardzo ostrożnie można wysuwać wnioski o stanie ukrwienia, ukrwienie może być dobre przy zupełnym braku tętna i złe w przypadkach o dobrze wyczuwalnym tętnie; już powyżej podkreśliłem znaczenie drobnych naczyń dla ukrwienia, a nie dużych pni naczyniowych. Powszechnie napotykane przypisywanie bardzo dużego znaczenia zachowaniu się tętna nie jest oparte na ścisłych podstawach. Natomiast znaczna różnica w zachowaniu się tętna na jednej kończynie w porówniu z drugą, może jednocześnie z innymi danymi, mieć istotnie doniosłe znaczenie.

Powyższe badania dają nam pojęcie o statyce niejako krążenia, ażeby je uzupełnić przeprowadzamy parę prób, mających na celu wyjaśnienienie zdolności i szybkości sterowania krążeniem i zachowania się odruchów naczynioruchowych. A więc przede wszystkim w pozycji leżącej lub półleżącej chorego każemy unieść nogi ku górze pod kątem najprzód 130, potym 180 stopni i notujemy zachowanie się barwy, stopień zblednięcia, jego granice, ponownie badamy różnicę ciepłoty. Następnie dokonywamy to samo z kończyną opuszczoną ku dołowi, patrząc jak daleko sięga i jaki odcień posiada zasinienie, czy granicę pokrywają się z granicami poprzedniego zblednięcia. Wreszcie wykonywamy próbę naczynioworuchową skórną: pociągając linijką lub paznokciem wzdłuż skóry notujemy szybkość i jakość odczynu (smuga czerwona — biała otoczona czerwonym — białym — polem i t. d.).

Bardzo ważne może okazać się badanie zdolności do rozszerzania się tętniczek. Możemy o tym przekonać się w rozmaity sposób. Najprościej nagrzewamy szybko tułów i uda chorego, bądź umieszczając je w budce elektrycznej, bądź okładając grzejnikami, i pilnie bacząc, jak zachowuje się barwa i ciepłota na stopach i palcach obustronnie.

Dość powszechnie stosowany ucisk na skórę aż do zblędnięcia i spostrzeganie szybkości zjawiania się zabarwienia i jego tonacji po ustaniu ucisku ma podrzędne znaczenie, gdyż informuje nas o stanie wypełnienia wzgl. rozszerzenia włośniczek i drobnych żyłek, ale może w niektórych przypadkach okazać się pożyteczne.

Dlatego ważniejszym jest zbadanie ukrwienia mięśni. Już z wywiadów dowiadujemy się, czy chory nie odczuwa bólów, wysiłkowych, następnie każemy przy lekko uniesionych kończynach wykonać 20 silnych grzbietowych i podeszwowych zgięć stopy, spostrzegając stopień zblednięcia oraz zjawienia się bólów. Uzupełniamy to badanie następnie przez nakaz bardzo silnego zginania palców w kierunku podeszwowym przy stosowanianiu pewnego oporu np. przykładając pod palec i trzymając silnie deseczkę; w przypadkach o upośledzonym ukrwieniu bóle i zblędnięcia stają się bardzo wraźne.

Posiadając opaskę od aparatu mierzenia ciśnienia krwi można wykonać próbę opaskową, uciskając aż do ustania ukrwienia i następnie po kilku minutach puszczając. Stopień, szybkość i żywość zabarwienia odczynowej hiperemii stanowią ważny wskaźnik warunków ukrwieniowych i zdolności sterowania krążeniem.

W końcu badania zwracamy uwagę jeszczę na odchylenia ustawienia i budowy stóp zwłaszcza na płaskostopie, które też może wywoływać sensacje bólowe i, upośledzając należytą mechanikę mięśni, prowadzić do zmian w krążeniu i sprzyjać powstawaniu żylaków.

Oczywiście powyższe metody badania bynajmniej nie wyczerpują wszystkich sposobów, mogących znaleźć zastosowanie, nie opisaliśmy ani próby bąbla, ani próby histaminowej, ani kapillaroskopii, ani arteriografii, ani nawet mierzenia parcia krwi. Ale uczyniliśmy to rozmyślnie, gdyż mając na widoku warunki pracy lekarza praktyka nie chcieliśmy wprowadzać prób, wymagających albo więcej czasu, albo zgoła specjalnych przyborów. Wyżej wymienione metody badania przy swej nadzwyczajnej prostocie tym nie mniej jednak są aż nadto wystarczające dla ścisłego zorientowania się w stanie ukrwienia kończyny i dla zdania sobie sprawy nie tylko z tego, że coś jest nie w porządku, lecz i do

ustalenia, co właściwie jest zaburzone i na tle jakich zmian, czynnościowych czy organicznych. Ostatnie pytanie posiada szczególnie wielkie znaczenie, albowiem np. upośledzenie dopływu krwi tętniczej może zarówno dobrze zależeć od zakorkowania tętnicy, jak i jej silnego skurczu, a zmniejszenie — od zwężenia światła tak na skutek zmian anatomicznych, jak i skurczowego zwężenia światła.

Niekiedy wywiady, szybka przemijalność stanów niedokrwienia, inne objawy, mogą przemawiać za stanami skurczowymi, pamiętać się jednak godzi, że jak wskazują najnowsze dociekania zawsze prawie skurcz towarzyszy zmianom organicznym, tak np. niedokrwienie nagłe wskutek zatoru nie tylko wywołane jest samym zatkaniem, ale w dużej części i kurczeniem się odruchowym tętnicy naskutek podrażnienia przez zamykający korek. W każdym tedy przypadku roztrzygnięcie ile z objawów należy położyć na karb organicznej

na wstrzyknięta w sporej dawce — 0,06, znosząca doskonale skurcz naczyniowy.

Jeżeli spostrzeżone zaburzenia czy odchylenia w ukrwieniu znikają zupełnie po zastosowaniu jednego z powyższych sposobów, to stanowi to dowód skurczowego pochodzenia tych zaburzeń; jeżeli znikają tylko częściowo, to świadczy, że na zmiany organiczne nawarstwiają się jeszcze i stany skurczowe, wreszcie gdy większa różnica nie występuje, należy wnioskować, że zmiany są głównie, jeżeli nie wyłącznie organicznej natury i odpowiednio pokierować leczeniem.

Rozpoznanie nie powinno ograniczać się tylko do stwierdzenia obecności i jakości oraz stopnia odchyleń, ale uwzględniać musi zawsze i podłoże istotne sprawy. Nie mogę tu oczywiście opisywać przebiegu obrazu klinicznego i t. p. nawet tylko najczęstrzych spraw i ograniczę się jedynie do tabelarycznego ich zestawienia i bardzo krótkiego omówienia pewnej grupy tych schorzeń.

SCHORZENIA ORGANICZNE			
Miejscowe		Ogólne	
Tętnicze	Żylne	Tętnicze	Żylne
Aneurysma Endarteriitis Arteriitis Thrombosis Embolia	Varices Phlebitis Thrombosis	Arterioclerosis M. Bürgeri	M. Bürgeri
SCHORZENIA CZYNNOŚCIOWE			
Skurczowe		Rozkurczowe	
Acrocyanosis Asphyxia localis, M. Raynaud		Erythromelalgia	

zmiany, a ile przypisać zmianom czynnościowym, jest rzeczą ważną nie tylko rozpoznawczo, ale, i to przede wszystkim, ze względu na celowość i owocność zamierzonej terapii.

Rozporządzamy wieloma sposobami, zezwalającymi na chwilowe zniesienie odruchów naczynioworuchowych, a przez to na wyeliminowanie skurczu. Możemy ten cel osiągnąć przez zastosowanie znieczulenia lędźwiowego, blok nerwowy nowokainą, co jednak w praktyce jest mniej wygodne, ale również przez zadziałanie ciepła, czy to przez silne nagrzanie tułowia, czy jeszcze wybitniej przez ogólne wzmożenie ciepłoty wywołane wstrzyknięciem szczepionki durowej. Najprostszym i dla chorego najprzyjemniejszym środkiem jest eupavery-

W rozpoznaniu roztrzygnąć musimy czy objawy ze strony ukrwienia są pierwotne, czy wtórne, a więc wyłączyć zmiany ze strony serca, układu nerwowego ośrodkowego i t. p. Następnie określić wypadnie przynależność do jednej z wyżej wyliczonych jednostek.

Praktycznie największe znaczenie posiadają obok żylaków, wszystkie zaburzenia krążenia kończyny in minus o charakterze stałym i posuwającym się.

W przypadkach o n a g ł y m bardzo początku i szybkim przebiegu zmian myśleć wypadnie przede wszystkim o zaczopowaniu tętnicy lub zatorze, chociaż warto przypomnieć, że w ciągu pierwszych godzin występowania zwykłego zakrzepowego zapalenia żył często spostrzegamy od-

ruchowe zaburzenia krążenia, o typie jakby tętniczym, w niektórych przypadkach łudząco przypominające zator. Również uraz może doprowadzić do tak silnego skurczu tętniczego, że wzbudzić może podejrzenie anatomicznego uszkodzenia dopływu krwi do kończyny.

Jak widać z zestawienia upośledzenie ukrwienia, polegające na zmniejszonym dopływie krwi tętniczej, może zależeć albo od skurczu, albo od zmian zapalnych samego naczynia jak np. w chorobie Bürgera, lub wreszcie od zmian występującej głównie wskutek zużycia, których przedstawicielką jest typowa starcza miażdżyca.

Dla lekarza praktyka najważniejsze, bo najczęściej napotykane, są powoli przebiegające zmiany typu niedokrwienia na tle miażdżycowym.

Przeważnie niestety chory zwraca się dopiero wówczas, gdy poczyna odczuwać bardzo wyraźne dolegliwości, nie przepisując pierwszym zwiastunom upośledzenia, jak łatwemu marznięciu stóp, bólom typu chromania przestankowego i tym podobnym zmianom, należytego znaczenia. Dopiero rozpoczynająca się martwica lub zbyt wielkie nasilenie bólów zmusza go do szukania porady lekarskiej. W ten sposób tracimy możność wkraczania w okresie o wiele podatniejszym dla leczenia — zmian jeszcze niezbyt daleko posuniętych. I właśnie dla tego tak ważną rzeczą jest włączenie badania ukrwienia kończyn dolnych do każdego zwykłego badania, a z tym większą ścisłością i drobiazgowością należałoby przeprowadzać takie badanie u każdego chorego po pięćdziesiątce i u każdego chorego na cukrzycę. Zmiany naczyniowe, występujące w cukrzycy, są w zasadzie również typu miażdżycowego, lecz ponieważ występują conajmniej o 10 lat wcześniej, niżby z wieku to się należało i ponieważ, w daleko szybszy tempie doprowadzić mogą do martwicy tak u diabetyków groźnej — należy tego rodzaju chorych otoczyć szczególnie czujną opieką i często badać ukrwienie ich kończyn dolnych.

Pierwsze objawy upośledzenia ukrwienia kończyn polegają na zmianach w ciepłocie powłok, na leniwym i niedostatecznym reagowaniu ukrwienia na zmiany ułożenia lub na zmiany cieplne, na dyskretnych zmianach troficznych skóry i paznokci. Obecność i siła tętna obwodowego nie ma w tych przypadkach żadnego znaczenia.

Acz kolwiek miażdżyca jest schorzeniem ogólnym układowym, to jednak nigdy prawie nie dotyczy ona równomiernie wszystkich naczyń i posunięta miażdżyca tętnic kończyn może stanowić jedyne, albo prawie jedyne umiejscowienie sprawy. Z tych samych względów zmiany są zawsze na jednej kończynie dalej posunięte niż na drugiej, stąd niejednakowe nasilenie objawów, ułatwiających ich uchwycenie przez porównywanie zachowania się krążenia na prawej i lewej kończynie.

Leczenie może być ogólne i miejscowe, przyczynowe i objawowe. Zwykle przyczynowym nie wiele zdziałać możemy, wobec już powstałych zmian, jednak conajmniej należy dbać o dobre warunki higieniczne ogólne, o należyte podtrzymywanie krążenia, a zwłaszcza ciśnienia krwi na pożądanej, na ogół niezbyt małej, wysokości i na wyłączeniu szkodliwości takich jak np. palenie tytoniu.

O szczegółach leczenia ogólnego z zrozumiałych względów mówić tu nie będę, natomiast poświęcę trochę miejsca leczeniu miejscowemu, które w miarę możności również winno zwalczać istotną przyczynę upośledzenia ukrwienia, ale niestety nierzadko streszcza się głównie do postępowania objawowego.

Leczenie miejscowe obejmuje: 1) usunięcie wszystkich miejscowo niepomyślnie wpływających czynników 2) polepszenie ukrwienia przez a) gimnastykę naczyniową, b) zabiegi fizykoterapeutyczne, c) środki farmakologiczne i zabiegi chirurgiczne.

Punkt pierwszy jest w początkujących okresach najważniejszy. Nogi i palce należy otoczyć szczególnie pieczołowitą opieką, czystość musi być utrzymana bez zarzutu, najmniejsze zadraśnięcia jałowo opatrywane, paznokcie ostrożnie obcinane bez zaokrąglania brzegów. Wycinania odcisków należy zaniechać, a przynajmniej wykonywać bardzo ostrożnie, czysto i nigdy głęboko. Stopy winny być utrzymane w cieple i suchości, skarpetki czy pończochy wełniane zawsze suche i często, nawet parę razy na dzień, zmieniane, zasypywane pudrem, dobre obuwie, wszystko to musi być pedantycznie przestrzegane. Wady ustawienia stopy lepiej poprawić bardzo dobrze i dokładnie przez fachowca sporządzoną i

dopasowaną wkładką, w wielu przypadkach bardzo grube, ale sprężyste podeszwy sprawiają ulgę. Z wyżej przytoczonych przyczyn ukrwienie wzmaga się podczas skurczów i rozkurczów mięśni, dlatego też starać się należy o ruchy tego rodzaju, unikając natomiast wszelkiej statycznej pracy mięśniowej, jako upośledzającej krążenie. Stąd wynika, że chodzenie powolne jest nawet czynnikiem sprzyjającym, podczas gdy stanie jest niewątpliwie szkodliwe. Pozycja siedząca, chociaż nie wymagająca pracy mięśni, też nie jest pożądana, gdyż zachowana przez dłuższy okres czasu, utrudnia krężenie. Unikać należy nawet najmniejszych urazów: chory taki winien chronić swe stopy przed uderzeniami, następowaniem przez inne osoby, powinien chodzić ostrożnie, nie potykać się i t. p. Jeżeli jest to pracownik fizyczny, musi dbać, aby przy pracy nawet niewielkie przedmioty nie spadały mu na nogi. W porze słotnej i chłodnej jeszcze większą należy zachować ostrożność celem uniknięcia oziębienia nóg.

G i m n a s t y k a n a c z y n i o w a jest niewątpliwie najpotężniejszym i najlepszym środkiem, polepszającym w tych przypadkach ukrwienie i zapobiegającym posuwaniu się zmian. Może ona być wykonywana w bardzo rozmaity sposób, zasada polega na rytmicznym zmuszaniu naczyń do z w ę ż a n i a się i r o z k u r c z a n i a. Lekcja gimnastyki w postaci np. ruchów zgięcia i wyprostowania stopy i palców sprzyja ukrwieniu, w jeszcze większym stopniu, jeżeli chory przy pewnych ruchach unosi kończynę nieco wyżej, a przy innych opuszcza, czyniąc to nie za szybko i rytmicznie. Ciężej chorym zmieniać ułożenie kończyn może inna osoba. Można też uciskiem na duży pień tętniczy przerywać na kilka minut ukrwienie, aby wyzyskać wyżej już opisane przekrwienie odczynowe, występujące po usunięciu ucisku. Lekki i przerywany zastój żylny za pomocą opaski Biera również wchodzi w rachubę.

W lżejszych przypadkach dobre wyniki daje naprzezmienne zadziałanie na skórę ciepłym i zimnym np. w postaci natrysków szkockich. Natomiast wszelkie zabiegi wodne, połączone z moczeniem dłuższym lub silnym rozgrzewaniem, są niewskazane. Tkanki wykazują tym większe tempo przejawów życiowych, im wyższą jest ich temperatura; powszechnie znany jest fakt opadania ciepłoty i bardzo zwolnionego tempa przemiany materii u zwierząt, pogrążonych w sen zimowy. Otóż tkanki, zwłaszcza powierzchowne stóp i palców, posiadają normalnie najniższą ciepłotę wśród innych punktów ciała, a ciepłota ta, wskutek upośledzenia krążenia, obniża się jeszcze bardziej. Jeżeli wyżej wspomniałem o potrzebie utrzymania nóg w cieple to dla tego że zimno wpływa zwężająco na naczynia, a następnie, ponieważ źle ukrwione tkanki mogą łatwiej ochłodzić się poniżej dopuszczalnego progu. Ale z tego nie wynika bynajmniej, aby zbytnie rozgrzewanie tkanek miało wpływ pomyślny. Tkanki takie więcej potrzebują tlenu i innych związków niż otrzymać mogą od niewielkiej do nich dopływającej ilości krwi, krew ta szybciej pozbywa się swych zapasów i jest dalej już niejako bezwartościowa. Dłuższe i głębsze nagrzewanie działa rozkurczająco i rozszerzająco na naczynia: o ile pierwsze może być pożądane w przypadkach o dominującym wpływie skurczu naczyniowego na ukrwienie, o tyle drugie, poszerzając koryto, sprzyja miejscowemu spadkowi parcia krwi i tym samym pogarsza ukrwienie, gdyż słabo tłoczona krew nie jest w stanie szybko przejść przez wąskie wskutek zmian miażdżycowych światła naczyniowe i zalega w małych naczynkach i włośniczkach. Z tych względów wszelkiego typu nagrzewania winny być bardzo oględnie stosowane, a lepiej wogóle ich zaniechać, zwłaszcza diatermii tym bardziej, że nierzadko spostrzega się nasilanie bólów po ich stosowaniu.

Tym samym wkroczyliśmy poniekąd do kategorii drugiej zabiegów fizykalnych. Jest ich mnóstwo i wiele z nich rozszerza naczynia, być może nie wprost, lecz przez wzmożenie oddawania przez tkanki związków rozszerzających naczynia. Przestrzec należy, przed stosowaniem jakichkolwiek z tych zabiegów w przypadkach z dalej posuniętymi zaburzeniami ukrwienia. Jedynie dobrze i ostrożnie przeprowadzony masaż zasługuje na częstsze stosowanie, inne zabiegi mogą mieć pewno wartość rozkurczającą i dlatego działają nienajgorzej w typowo skurczowych upośledzeniach krążenia, lecz w stanach miażdżycowych nie należy się wiele po nich spodziewać.

Dotyczy to wogóle usiłowań uzyskania rozkurczu naczyniowego. Często na przesz-

kodzie stoją twarde i niepodatne miażdżycowo zmienione ściany. Inna rzecz, że pewien element skurczowy dołączać się może do niewątpliwych miażdżycowych zmian i usunięcie tego współczynnika może niekiedy spowodować poprawę.

Dlatego też nie wiele oczekujemy od środków farmakologicznych, czy to typu histaminy, porażającej włośniczki i zwiększającej ich przepuszczalność, czy też związków cholinowych, działających poprzez układ parasympatyczny, czy wreszcie kwasu adenylowego, podobnie jak poprzednie rozszerzającego drobne tętniczki. Wszystkim, którzy się tą sprawą interesują polecałbym gorąco zaznajomienie się z bardzo krótką, ale nadzwyczaj treściwą i przejrzystą pracą Prof. J. Modrakowskiego p. t. „Zabiegi fizykoterapeutyczne w świetle regulacji ukrwienia tkanek przez czynniki humoralne".

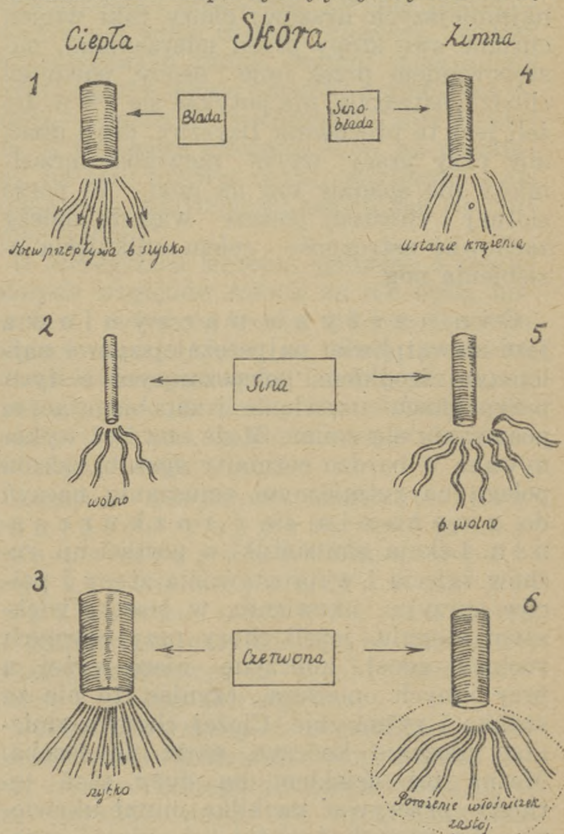
Zabiegi chirurgiczne wykraczają poza możliwości lekarza praktyka, jeżeli chodzi o ich wykonanie, ale oczywiście musi on sobie zdawać sprawę z ich wartości. Otóż wszystkie one polegają na przerwaniu dopływów bodźców nerwowych, prowadzących do kurczenia się tętniczek. Czy będą to zabiegi na zwojach współczulnych, czy obłupienie tętnicy, czy wycięcie określonego jej odcinka, wszystko to działa przeciwskurczowo.

Zabiegi powyższe bardzo wskazane w przypadkach o przewadze czynnika skurczowego, w których zwłaszcza arteriectomia i zabiegi na zwojach w wybranych przypadkach odrazu sprowadzają wyleczenie zupełne, niestety w typowych miażdżycowych zmianach w najlepszym wypadku mogą dać tylko czasowe przejściowe polepszenie, chyba że do zmian zasadniczo miażdżycowych dołączy się bardzo silny czynnik skurczowy.

Więcej uwagi zasługuje sprawa zabiegów mniejszych, mogących uzyskać to samo, ale na krótszy przeciąg czasu, mam na myśli blokadę nerwów. Wstrzykując płyn znieczulający czy to w okolicę zwoju współczulnego, czy też w gałązkę nerwu czuciowego, uzyskuje się czasowo rozszerzenie naczyń, zezwalające na ocenę wartości wyników.

Streszczając więc widzimy, że niewiele zdziałamy w dalej posuniętych przypadkach i to na każdej drodze, natomiast dużo uzyskać możemy we wczesnych i to nie stosując jak to przeważnie się dzieję środków lub zabiegów rozszerzających naczynia, lecz starając się polepszyć krążenie przez u s p r a w n i e n i e n a c z y ń, przez przywrócenie utraconej częściowo, ale może nie ostatecznie, zdolności reagowania zwężaniem i rozszerzaniem się na podniety natury fizjologicznej. Innymi słowy większy nacisk położyć należy na ogólną higienę i na gimnastykę naczyniową, a mniej ufności pokładać w skuteczność zabiegów fizykalnych i środków farmaceutycznych.

W końcu jeszcze kilka słów o postępowaniu w obliczu dalej posuniętych zaburzeń, mianowicie rozpoczynającej się martwicy.



Schemat ukrwienia skórnego i zachowywania się drobnych tętniczek i włośniczek 1 skóra dobrze ukrwiona, 2 źle ukrwiona, nagrzana sztucznie (np. wskutek ciepłego opatrunku, grzejki itp.), 3 przekrwienie czynne (odczyn zapalny, lekowy, nerwowy), 4 skóra obumierająca, zwłaszcza jeżeli dołącza się fijołkowy odcień, 5 bardzo zwolnione krążenie, albo często jednocześnie niewystarczające ukrwienie niekiedy może świadczyć o odczynie zapalnym o słabym nasileniu, 6 dość rzadka możliwość napotykana np. w odmrozinach, pomimo czerwoności ukrwienie niedostateczne, a barwa czerwona zachowana dlatego, że uszkodzone przez chłód tkanki nie pobierają ze krwi tlenu, a porażone włośniczki są rozszerzone.

W myśl wyżej wyłożonych przesłanek chodzi o polepszenie ukrwienia i o niedopuszczenie do wilgotnej postaci zgorzeli. W tym celu nie stosujemy żadnych opatrunków na zagrożone martwicą miejsca, trzymamy je chłodno, sucho i bardzo czysto. Polepszenie ukrwienia osiągamy przede wszystkim ogólnymi zabiegami cieplnymi np. nagrzewaniem tułowia i ostrożną gimnastyką naczyniową. Jeżeli martwica już napewno wystąpiła, suszymy miejsca dotknięte prądem ciepłego—nie gorącego powietrza — kilka razy dziennie obmywamy eterem, zasypujemy pudrem kseroformowym lub jodoformowym, znowuż dbając o polepszenie krążenia. Często nieco obniżone ułożenie nogi sprzyja demarkacji i łagodzi bóle.

Chorzy cukrzycowi muszą być poddani energicznemu leczeniu dietetyczno insulinowemu.

Stosowanie środków nasercowych może być wskazane w poszczególnych przypadkach, ale nie może być ujmowane schematycznie.

Nierzadko uda się w sposób powyższy ograniczyć sprawę do utraty odcinka skóry lub jednego paliczka. Dlatego też o odjęciu myślimy tylko wobec ogólnych cięższych objawów, posuwaniu się sprawy lub przejściu w zgorzel wilgotną.

Martwicy prawie zawsze towarzyszą bóle, ale mogą one ją wyprzedzać o lata całe. Nasilenie bólów tych bywa różne: od lekkich dolegliwości do tak silnych, że chory nie sypia, nie ma ani chwili spokoju i staje się bardzo często ofiarą narkomanji. Otóż na bóle te, o ile nie poprawią się po wdrożeniu zwykłego wyżej naszkicowanego postępowania, najlepiej wpływa zamrożenie, zmiażdżenie lub przecięcie odpowiedniej gałązki nerwowej. Zabieg taki jest zabiegiem drobnym i łatwo wykonalnym, wymaga jednak bardzo dobrej orientacji anatomicznej, gdyż z małego cięcia należy odsłonić istotnie właściwą gałązkę nerwową. O jej właściwości uprzednio przekonać się można wstrzykując do niej płyn znieczulający. Zmiażdżenie odpowiedniej gałązki nerwowej natychmiast i trwale uwalnia chorego od bólów i polepsza, jak wspomniano, ukrwienie w obrębie danej okolicy. Oczywiście zabieg taki bywa wskazany tylko w przypadkach bardzo wielkich bólów, tak często spostrzegane bóle typu wysiłkowego wymagają ogólnego i miejscowego przedstawionego powyżej postępowania, a nie zabiegu. Gdy drogą zarządzeń higienicznych zapiegamy szkodliwościom, a gimnastyką naczyniową polepszamy ukrwienie, bóle łagodnieją lub znikają.

Jeszcze raz muszę podkreślić: we wczesnych okresach widoki lecznicze są dobre i dobrze do warunków przypadków dostosowane postępowanie da niewątpliwie pomyślny wynik, stąd też konieczność uchwycenia, w miarę możliwości, schorzenia właśnie we wczesnym okresie, a do tego prowadzić może tylko systematyczne badanie ukrwienia kończyn dolnych.

CHOROBY WEWNĘTRZNE

Leczenie i przebieg kliniczny lambliazy. (Traitement et manifestations cliniques réelles de la lambliase). Ch. G a r i n.

La Presse Med. Nr 82, 1938.

Jednostka chorobowa znana pod nazwą lambliazy cechuje się obecnością w ustroju pasożytów Giardia (Lamblia) intestinalis. Badania nad skutecznością poszczególnych środków leczniczych utrudnione są brakiem doświadczeń na zwierzętach. Udaje się coprawda zainfekować pasożytami tymi białe myszy, jednakże lamblie usadawiają się u nich odmiennie niż u ludzi i nie dają ze strony przewodu pokarmowego żadnych objawów chorobowych.

Lambliaza u ludzi polega na osiedleniu się pasożytów w dwunastnicy, pęcherzyku żółciowym i przewodach wątrobowych. Nie zdarza się żeby infekcja dotyczyła tylko pęcherzyka żółciowego, i dlatego leczenie lambliazy, polegające na wycięciu pęcherzyka żółciowego, zawierającego lamblie, jest bezskuteczne. Głównym objawem lambliazy są rozwolnienia, którym towarzyszą chudnięcie, bladość, bóle i zawroty głowy. Obok tego rozwija się obraz zapalenia pęcherzyka żółciowego z bólami w prawym podżebrzu, niekiedy z żółtaczką o przebiegu zwykle bezgorączkowym.

Rozpoznanie lambliazy ustalić można na podstawa znależenie pasożytów w kale lub zawartości dwunastnicy. Najskuteczniejszym ze wszystkich dotychczas stosowanych przez autorów francuskich środków przeciw lambliazie okazała się a t e b r y n a Bayera zwana we Francji q u i n a b r y n ą. Leczenie polega na podawaniu quinabryny w postaci pastylek po 0,1 doustnie 3 razy dziennie po jednej pastylce w ciągu 4 — 5 dni.

W większości przypadków leczenie to powoduje całkowite wyzdrowienie, w przypadkach bardziej opornych następuje tylko poprawa zdrowia, wyleczenie zaś całkowite osiąga się po kilkakrotnym powtórzeniu kuracji.

Nerki a nadciśnienie tętnicze. (Reins et hypertonie arterielle). L. L a n g e r o n, R. D e h o u c k.

La Presse Med. Nr 81. 1938.

Stosunek nerek do nadciśnienia nie jest dotychczas rozstrzygnięty. Badania anatomiczne dotyczyły dawniej tylko nerek autopsyjnych, wprowadzone ostatnio zabiegi chirurgiczne udostępniły badaniu nerki chorych we wcześniejszych okresach choroby. Z badań tych wynika zgodnie, że we wszystkich przypadkach nadciśnienia nerka jest chorobowo zmieniona. Wysunęło się więc pytanie, co jest sprawą pierwotną: nadciśnienie czy zmiany w nerkach. Ze spostrzeżeń klinicznych wynika również, że zaburzenia czynności nerek istnieją zawsze u chorych z nadciśnieniem. Zaburzenia te w jednych przypadkach wyprzedzają objawy nadciśnienia, kiedyindziej nadciśnienie pojawia się wcześniej, w innych jeszcze przypadkach obie sprawy rozwijają się równolegle.

Doświadczalnie można wywołać nadciśnienie zapomocą czynników pozanerkowych (hyperwitaminoza, uszkodzenie tarczycy, wycięcie nerwu przeponowego) i drogą uszkodzenia nerek. W pierwszym przypadku wkrótce po zabiegu pojawiają się zaburzenia ze strony czynności nerek. Próby obniżenia ciśnienia tętniczego zapomocą trwałego rozszerzenia naczyń nerkowych dały wyniki dodatnie. Szereg tych faktów stwierdza, że dwie sprawy: nadciśnienie i czynności nerek stanowią zespół nierozerwalny. Mechanizm powstawania nadciśnienia pochodzenia nerkowego można sobie wyobrazić znacznym utrudnieniem krwiobiegu przez zwężenie toru krwi w odcinku nerkowym. Pierwotne natomiast pozanerkowe nadciśnienie wywołuje, jako odruch obronny ze strony kłębków nerkowych zwężenie ich naczyń, co potęguje nadciśnienie. Tak więc wytwarza się błędne koło, z dwu ogniw: nerkowego i pozanerkowego.

Wyniki wszystkich tych badań i rozważań mają znaczenie praktyczne, tłumaczą one konieczność ułatwienia czynności nerek w przebiegu nadciśnienia. Cel ten osiągnąć można przy pomocy diety, środków leczniczych i zabiegów chirurgicznych, dających w następstwie rozszerzenie naczyń nerkowych. Zabiegami tymi są: wyłuszczenie nerki i jej odnerwienie.

Przeglad urologiczny z r. 1938. (L'urologie en 1938). R. D o s s o t.

Paris Méd. Nr 42, 1938.

Leczenie chirurgiczne chorób nerek zostało wprowadzone pod koniec ubiegłego stulecia. Zabiegami stosowanymi wówczas były wyłuszczenie (dekapsulacja) i wycięcie nerki. W czasach ostatnich repertuar chirurgii poszerzył się o zabiegi: odnerwienia nerki, wycięcia nadnerczy i usunięcia nerwów trzewnych. Ustalenie wskazań chirurgicznych i dokładne dostosowanie ich do którejkolwiek z istniejących klasyfikacji chorób nerek jest niemożliwe. Jednakże trzymając się mniej więcej podziału V o l h a r d a i F a h r a można omówić wskazania w poszczególnych jednostkach.

Z grupy kłębuszkowego zapalenia nerek klasycznym wskazaniem do zabiegu jest zapalenie nerek rozlane z bezmoczem. Zabieg wyłuszczenia nerki w przypadkach tych ratował chwilowo życie chorych i doprowadził do wyzdrowienia.

W postaci przewlekłej tej sprawy leczenie chirurgiczne stosowano bardzo rzadko, jednakże kilkakrotnie wyłuszczenie nerki uratowało życie ciężko chorych, nie poddających się leczeniu internistycznemu.

Naogół podkreślić trzeba, że wyniki zabiegu są tym lepsze, im wcześniej chory zostaje mu poddany i dlatego właśnie statystyki przedstawiają się niezbyt pomyślnie, że przeważnie operacja ma miejsce wtedy, gdy stan chorego nie daje już żadnej nadziei uratowania go sposobami zachowawczymi.

Druga grupa schorzeń, tj. nerczyce nie nadaje się do leczenia chirurgicznego.

Następny dział chorób nerek obejmuje zmiany pochodzenia naczyniowego. Głównym objawem klinicznym u chorych tych jest nadciśnienie tętnicze i ten to objaw jest uważany zwykle za sprawdzian stanu zdrowia i poprawy chorych. W przypadkach tych stosowano: odnerwienie nerki, wycięcie nadnerczy i wycięcie nerwu trzewnego. Odnerwienie nerki daje dość duży spadek ciśnienia krwi niestety krótkotrwały (kilka miesięcy), poprawa natomiast stanu ogólnego jest wyraźna i utrzymuje się nawet po powrocie nadciśnienia do poziomu pierwotnego. Podobne wyniki dają splanchektomia i usunięcie nadnerczy. Liczba jednak wykonanych zabiegów jest znikoma.

Czwarta grupa Volharda obejmuje zapalenie nerek śródmiąższowe. Zabieg chirurgiczny (dekapsulacja) stosować należy w przypadkach uporczywego bezmoczu. Zabieg ten wywołuje diurezę, nie ratuje jednak przeważnie chorych.

Wyniki postępowania chirurgicznego w chorobach nerek wskazują, że ten sposób leczenia mógłby prawdopodobnie dać znacznie lepsze wyniki przy wcześniejszym ich zastosowaniu.

Leczenie kwasem malonowym zakażeń dróg moczowych na tle bacterium coli opisane jest przez L. Caperaa. Leczenie to polega na zakwaszaniu chorych za pomocą diety zakwaszającej. Okresowo na przemian z tym postępowaniem alkalizuje się chorych z jednoczesnym odstawieniem przetworów malonowych. Obok tego należy dbać o odkażanie przewodu pokarmowego, a przede wszystkim przeciwdziałać zaparciom. W przebiegu leczenia kwasem malonowym pojawiają się często zaburzenia ogólne w postaci znużenia, bólów głowy, nudności czasami nawet pojawiają się dolegliwości nerkowe z objawami przedmiotowymi jak białkomocz i podniesienie poziomu mocznika we krwi. Wszystkie te zaburzenia czynią leczenie dość przykrym, są jednak nieszkodliwe i krótkotrwałe. Przeciwwskazaniem do leczenia kwasem malonowym są objawy niewydolności nerkowej, gruźlica nerki. Wyniki podanego leczenia są bardzo dobre i pojawiają się bardzo szybko.

Rak nerki stanowi klasyczny przykład choroby, której przebieg i rokowanie zależy od wczesnego rozpoznania sprawy. Pierwszym objawem chorobowym jest krwinkomocz niewyjaśniony. Objaw ten powinien skłonić lekarza do przeprowadzenia wszystkich możliwych badań urologicznych. Wyniki pyelografii i cystoskopii pozwalają przeważnie rozpoznać guz nerki.

Po rozpoznaniu guza nerki chorego poddać należy zabiegowi. Obecnie wykonywa się najczęściej usunięcie całkowite nerki wraz z tkanką otaczającą drogą lędźwiową po wycięciu XII żebra.

Rokowanie zależy od czasu zabiegu. W przypadkach późnych, z przerzutami do gruczołów chłonny, życie trwa kilka miesięcy. W przypadkach wczesnych udaje się często uzyskać poprawę kilkuletnią. Wznowy i przerzuty guzów nerki są bardzo częste (50 — 70%), obejmują one płuca, kości, gruczoły chłonne, wątrobę.

Z badań dotychczasowych wynika, że najlepsze rokowanie z pośród nowotworów złoliwych nerki dają nadnerczaki.

Leczenie wiewióra. W dziedzinie tej doskonałe wyniki osiągali różni autorzy przy stosowaniu środków grupy amino-azowej i sulfamidowej. Dużą popularność zdobyły sobie środki: F1162 (para amino-fenyl-sulfamid) i F1399 (para diacetyl-amino-difencyl-sulfon).

Podaje się je doustnie w postaci pastylek po 0,5 g 2 — 3 lub 4 — 5 dziennie. Skuteczność leczenia zwiększy się znacznie przez dołączenie płukań cewkowo-pęcherzowych roztworem nadmanganianu potasu. Leczenie trwa około 2 tygodni, w przypadkach uporczywszych nieco dłużej. W czasie leczenia chory musi być pod ścisłą kontrolą lekarza, gdyż może zajść nagła potrzeba zmiany dawki. W czasie leczenia nie należy chorym podawać mineralnych środków czyszczących, nie powinien też chory w tym czasie jeść jajek, ani cebuli. Leczenie opisane daje wyniki nadzwyczaj dobre, w przypadkach ostrego lub przewlekłego zapalenia cewki. W rzadkich przypadkach leczenie przedłużało się ponad 2 tygodnie. Zwykle w ciągu 10 dni znikały dwoinki z wycieku i mocz stawał się przejrzysty.

W przebiegu leczenia mogą się pojawić zaburzenia na skutek toksyczności podawanych środków. Przejawiają się one w postaci ogólnego znużenia, bólów głowy, utraty łaknienia i niekiedy sinicy warg i paznokci. Poza tym pojawić się mogą wypryski na skórze, niedokrwistość oraz objawy nerkowe (krwinkomocz, białkomocz). We wszystkich tych przypadkach dawki lecznicze należy zmniejszyć lub nawet całkowicie przerwać leczenie.

Zanik nerki jednostronny może być pierwotny i wtórny. Pierwotne zmniejszenie nerki nie jest właściwie jej zanikiem, a tylko niedorozwojem wrodzonym. Nie można oznaczyć granicy, która by określała, czy dana nerka ma wielkość prawidłową, czy jest patologicznie mała. Prawie zawsze u człowieka jedna nerka różni się wielkością od drugiej.

Zanik wtórny nerki może być spowodowany:
1) sprawą zakaźną, niegruźliczą,
2) sprawą gruźliczą,
3) kamicą,
4) zaburzeniami krążenia.

Rozpoznać zanik nerki można na podstawie cewnikowania moczowodów, połączonego z badaniem 2 porcji moczu i pyelografii, która wykazuje dokładnie budowę miedniczek i kielichów. W przypadkach, w których stwierdza się w nerce dwie sprawy chorobowe np. gruźlicę i zanik, nie można zwykle powiedzieć, czy są to dwie sprawy równoległe, czy też związane ze sobą przyczynowo. O ile z badań wynika, że nerka jest mała i niedostatecznie czynna i do tego zakażona, wskazane jest jej usunięcie, o ile druga działa prawidłowo i sprawą chorobową nie jest dotknięta.

Uchyłki pęcherza powstają najczęściej naskutek przeszkody w odpływie moczu w drogach moczowych w miejscach usposobionych do tego rozwojowo. Jest to więc sprawa chorobowa częściowo nabyta, częściowo wrodzona.

Leczenie zachowawcze może przez dłuższy czas wystarczać, ale nie usunie nigdy dolegliwości, jakie chorzy ci mają: parcie na mocz, częste zakażenia dróg moczowych, bóle.

Wycięcie gruczołu krokowego. Jest zabiegiem chirurgicznym trudnym i wymagającym dużej wprawy technicznej. Wskazania do zabiegu stanowią szczególnie raki gruczołu krokowego, przy dobrym stanie ogólnym chorego i braku przerzutów. W przypadkach tych

stosowanie cystostomii jako zabiegu, który chwilowo rozwiązuje kwestię życia chorego, nie daje żednej poprawy. Resekcja zaś gruczołu daje możność uratowania chorego.

W przebiegu spraw zapalnych dochodzi często do twardych nacieków około gruczołu krokowego. Niekiedy tło tych zmian nie jest znane. W przypadkach tych należy wyłączyć na podstawie przebiegu sprawę rakową, a następnie zlikwidować naciek operacyjnie.

CHIRURGIA

Leczenie ogólnego zakażenia gronkowcowego. (Septicémiesà staphylocoques d'ordre chirurgical. Traitement). P. M o i r o u d.

Journal de Chir. t. 52, Nr 4, październik 1938.

Ogólne zakażenie gronkowcowe jest schorzeniem ciężkim i opornym na wszelkiego rodzaju leczenie, dającym często w swym przebiegu nieoczekowane remisje lub pogorszenia — zgoła nieraz od leczenia niezależne. To też istnieje w tej dziedzinie cały szereg sposobów leczenia, bądź to na drodze wzmacniania ogólnej odporności ustroju, bądź też stosowania swoistych szczepionek lub leków bakteriobójczych.

A. Środki wzmacniające odporność.

1) Najdzielniejszym w tej dziedzinie jest p r z e t a c z a n i e k r w i. Krew bowiem osobnika zdrowego w pełni sił fizycznych wzmaga własności fagocytarne krwi chorego, wytwarzanie przeciwciał swoistych itd. Wrignt proponuje wstrzykiwania swoistej szczepionki dawcy na kilka godzin przed zabiegiem przetaczania, chcąc wraz z przetoczoną krwią podać choremu gotowe już przeciwciała swoiste. Levy Solal w przypadkach zakażenia gronkowcowego podawał dożylnie krew ozdrowieńców po tyfusie, jako bardziej czynną niż osobnika zdrowego u którego aparat obronny ustroju jest w stanie spoczynku. Ilość przetaczanej krwi waha się w granicach od 100 do 250 cm^3. Dodawanie krwi konserwowanej z cytrynianem sodu uważa autor za mniej celowe, twierdząc że cytrynian sodu zmniejsza własności bakteriobójcze krwi. Statystyka Wangh'a obejmuje 39 przypadków zakażenia ogólnego gronkowcami, leczonych przetaczaniem krwi, gdzie w 35 przypadkach otrzymano wyleczenie, a tylko w 4 — zejście śmiertelne; natomiast w 20 przypadkach, gdzie nie zastosowano przetaczania, było 9 zejść śmiertelnych.

2) Cofanie się objawów zakażenia ogólnego spostrzegano po w s t r z ą s i e a n a f i l a k t y c z n y m, wywołanym wstrzyknięciem obcego białka w postaci krwi lub produktów bakteryjnych. Leczenie takie jest jednak niebezpieczne i przeciwskazane u osób astenicznych lub z małowydolnym układem krążenia, gdyż rozmiarów reakcji trudno przewidzieć, jako że są czysto indywidualne.

3) Jako środek pobudzający układ siateczkowo-śródbłonkowy podaje się d o ż y l n i e w ę g i e l w stężeniu 2%, w ilości 1 mgr na kilo wagi. Można go jednak używać tylko doraźnie,

gdyż stosowany przez czas dłuższy traci swe działanie, a nawet osłabia odporność.

4) Wywoływanie j a ł o w y c h ropni w s t r z y k i w a n i a m i podskórnymi t e r p e n t y n y ma również swoich zwolenników, jednakże, jak to już spostrzegano nieraz w ciężkich przypadkach ogólnego zakażenia gronkowcami ropnia tym sposobem nie udało się wywołać.

5) Nie stwierdzono jeszcze zależności odporności ogólnej od dowozu w i t a m i n. Badania Japończyka Takabashi wykazały na zwierzętach zmniejszenie odporności przy braku witamin A, B, a zwłaszcza C. Szersze zastosowanie witamin przy leczeniu ogólnego zakażenia nadaje się do opracowania klinicznego.

B. Leczenie swoiste.

1) S z c z e p i o n k i. Autor jest zdecydowanym przeciwnikiem podawania szczepionek w przypadkach ogólnego zakażenia, twierdząc, że w ten sposób odporność ustroju, osłabiona ciężką walką z drobnoustrojami, może być całkowicie wyczerpana. Przypomina zdanie G r é g o i r e'a, który zaznacza, że im większa jest żywotność bakterii wywołujących zakażenie (miejscowe lub ogólne) tem mniejszą powinna być dawka stosowanej leczniczo szczepionki.

2) Dobre wyniki lecznicze otrzymywano po podawaniu anatoksyny swoistej (w stężeniu = 10 jedn. na 1 cm^3 z dodatkiem kwasu trójchloroctowego) w ilości ¼ — 2 cm^3. Wstrzykiwania te należy przeprowadzić sposobem Besredki w celu uniknięcia wstrząsu. Bezpośrednią reakcję po wstrzyknięciu jest krótkotrwały wzrost ciepłoty, poczem następuje jej spadek i poprawa stanu ogólnego. Ilość antytoksyn we krwi wzrasta kilkunasto-krotnie, zwiększa się również ilość ciałek białych.

3) Jakkolwiek istota zagadnienia bakteriofaga jest jeszcze zupełnie niejasna, znajduje on już dość szerokie zastosowanie. W każdym przypadku musi on być wyhodowany ze szczególną pieczołowitością i stosowany bezpośrednio w ognisko zakażenia. W przypadkach ograniczonych ropni — do jamy opróżnionego ropniaka, w przypadkach ogólnego zakażenia bez umiejscowienia — dożylnie. Stosuje się go w ilości 2 — 10 cm^3 w roztworze soli fizjologicznej 250 — 300 cm^3. Ten sposób postępowania ma swoich zwolenników i przeciwników. R a i g a stwierdza, że dzięki niemu statystyka śmiertelności przypadków przez niego leczonych spadła z 80 — 90% na 30%. M a c N e e l i F r i s b c e natomiast mają 75% śmiertelności. S a u v é stosuje ten rodzaj leczenia tylko tam, gdzie zawiodły wszelkie inne. Autor zajmuje stanowisko wyczekujące, zaznaczając, że reakcja po wstrzyknięciu bywa nieraz bardzo silna, a tym samym — niebezpieczna.

C. Leki farmakologiczne.

Leki farmakologiczne stosuje się dożylnie, dotętniczo i — ostatnio — dosercowo.

L e k i d o ż y l n i e podawane są to: chromian rtęci (mercurochrome), Trypaflawina, alkohol, novarsenobenzol (0,15).

D o t ę t n i c z o podaje się 2% chromianu rtęci. Na tej drodze ma on działać mniej trująco niż podany dożylnie, gdyż w pierwszym rzędzie przenika do tkanek. a stamtąd zwolna do krwiobiegu, mniej przy tym więc uszkadza nerki i wątrobę. Ostatnio L e n c h e, podaje roztwór chromianu rtęci dosercowo, otrzymując szybką doraźną poprawę stanu ogólnego, ponieważ powtarzanie wstrzykiwań tego rodzaju jest niebezpiecznym, nie może być ono uważane za leczenie zasadnicze.

Podawanie doustne przetworów, barwikowych i azotowych w połączeniu z siarką uzupełnia powyższe metody lecznicze. Na zakończenie cytuje autor zdanie amerykańskiego lekarza C h a m p L y o n s'a, który uważa, że wszystkie leki farmakologiczne, stosowane przy zakażeniach, mają na celu uszkodzenie względnie rozpuszczenie otoczki, osłaniającej drobnoustrój i ochraniającej przed fagocytami. Właściwą walkę stacza zawsze organizm żywy.

Wskazania do wycięcia nerwu przeponowego w przypadkach gruźlicy płuc. (Les indications majeures et acuelles de la phrenicectomie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire). J. V a l t i s et N. T s o u t i s.

La Presse Méd. Nr 84, październik 1938.

Od 1923 r. do 1933 r. usuwanie nerwu przeponowego w przypadkach gruźlicy płuc stosowane było szeroko i bezkrytycznie i cieszyło się znacznym powodzeniem u ftizjologów. Jednakże niski procent wyzdrowień (14 w przypadkach zajęcia szczytu, 24 — podstawy) zwrócił uwagę klinicystów na istotne wskazania do tego zabiegu. Okazało się, że wynik leczniczy tej operacji zależy zarówno od charakteru zmian jak i ich umiejscowienia, oraz że wycięcie nerwu przeponowego nie jest identyczne w działaniu z założeniem odmy sztucznej.

1) C h a r a k t e r z m i a n s w o i s t y c h. Wskazaniem do zabiegu wycięcia nerwu przeponowego są zmiany wczesne, ograniczone, rozwijające się powoli, z tendencją do zmian włóknistych nie rozpadowych, otoczone zdrową tkanką płucną. Przeciwskazaniem — są zmiany szybko postępujące, ze skłonnością do serowacenia, rozwijające się na większej przestrzeni w postaci zajęcia całego płatu lub też tkanki płucnej i odoskrzelowej.

2) U m i e j s c o w i e n i e. Wskazaniem do zabiegu jest umiejscowienie zmian u podstawy płuc (kiedy odma jest niemożliwa), umiejscowienie zmian centralne w miąższu, a nie na obwodzie. Lepsze wyniki osiąga się przy tym, gdy zmiany dotyczą górnej części dolnego płatu lub dolnej — górnego. Dokładne umiejscowienie zmian jest kardynalnym warunkiem dobrego ustalenia wskazań do zabiegu, to też wskazane jest tu wykonanie szeregu zdjęć rentgenowskich w kilku pozycjach. Przy współistnieniu zmian w szczycie i u podstawy płuca, wycięcie nerwu przeponowego poprawia stan u podstawy, natomiast przyśpiesza rozwój zmian w szczycie, gdyż unieruchomione płuco u podstawy pracuje więcej w okolicy szczytu naskutek ruchów oddechowych klatki piersiowej.

Wycięcie nerwu przeponowego stosuje się jako operację, uzupełniającą odmę jednostronną lub torakoplastykę. Po założeniu odmy w przypadkach zrostów w okolicy przepony jama gruźlicza w płucu zostaje uciśnięta w kierunku pionowym, wycięcie nerwu przeponowego unosi przeponę ku górze, co uciska jamę w kierunku pionowym i poprawia warunki gojenia się. Po wykonaniu tora-

koplastyki uciśnięciu ulega górna część płuca, natomiast zmiany u podstawy mogą rozwijać się dalej. Zapobiega temu również wycięcie nerwu przeponowego. W przypadkach niemożności założenia odmy wyrwanie nerwu przeponowego uzupełniane bywa przecięciem mięśni szyi (m. scaleni) oraz alkoholizacją nerwów międzyżebrowych.

J. Czyżewska.

CHOROBY DZIECIĘCE

O rozpoznawaniu i leczeniu zwężenia odźwiernika u niemowląt. (Sur le diagnostic et le traitement de la sténose pylorique du nourrisson). M. G. Mouriquand et L. Weill.

Le Nourrisson Nr. 4, Juillet 1938.

M. G. Mouriquand i L. Weill w pracy swej omawiają pokrótce symptomatologię, rozpoznawanie i leczenie zwężenia odźwiernika u niemowląt.

A) W obrazie klinicznym na uwagę zasługują następujące objawy:

1. Wyraźna przewaga występowania częstości tego cierpienia u dzieci płci męskiej (na 36 przypadków — 27 chłopców). Na podkreślenie zasługuje duża waga, z którą te dzieci się rodzą (przeciętnie 3500 g).

2. Brak jakichkolwiek objawów chorobowych (wymiotów) w pierwszych dniach po urodzeniu dziecka (1 — 40 dni).

3. Gwałtowne, chlustające wymioty.
4. Zaparcie stolca.
5. Szybki spadek wagi.

6. Guz, zjawiający się w okolicy nadbrzusza i odpowiadający odźwiernikowi w stanie skurczu. Objaw powyższy nie zawsze udaje się stwierdzić. Czasem również występuje napięcie powłok brzusznych w okolicy epigastrium.

7. Fale perystaltyczne przede wszystkim wyczuwalne dotykiem.

B) Rozpoznanie opiera się głównie na następujących danych.

1. Okres wolny od objawów chorobowych w pierwszych dniach życia dziecka jest według Lereboullet najważniejszym objawem klinicznym zwężenia odźwiernika. Autorzy zaznaczają jednak, iż objawu tego nie stwierdzono w 15% obserwowanych przypadków.

2. Samo stwierdzenie fal perystaltycznych nie upoważnia jeszcze do postawienia właściwego rozpoznania. O ile powyższy objaw występuje jednocześnie z innymi objawami, wówczas można mieć całkowitą pewność istnienia zwężenia odźwiernika.

3. Badanie rentgenologiczne służy do potwierdzenia rozpoznania klinicznego.

C) Autorzy uważają zabieg chirurgiczny za jedyny odpowiedni sposób leczenia tej jednostki chorobowej. Konieczne jest jednak przedoperacyjne kilkudniowe przygotowanie (badanie radiologiczne, wstrzykiwanie roztworu fizjologicznego, przepłukanie żołądka). Postępowanie takie daje tylko około 10% śmiertelności. Leczenie internistyczne w tych przypadkach daje wyniki znacznie gorsze (do 100% śmiertelności).

Studia kliniczne nad etiologią i leczeniem mongołowatości. (Étude clinique, étiologique et thérapeutique du mongolisme). Prof. Lereboullet.

Le Nourrisson Nr. 4, Juillet 1938.

Prof. Lereboullet w pracy swej pomija zmiany anatomo-patologiczne, występujące w przebiegu mongołowatości, z powodu braku materiału sekcyjnego. Na podstawie badań Babonneix podaje, iż zaburzenie ze strony ośrodkowego układu nerwowego u dzieci, dotkniętych mongołowatością, charakteryzują się małym mózgiem z szerokimi zwojami, ze zmniejszoną ilością zakrętów przez rozrzedzenie pewnej ilości komórek kory i słabą myelinizację włókien nerwowych. W uszkodzeniach mózgowia spowodowanych zmianami zapalnymi stwierdza się wpływ kiły (przewlekłe zapalenie opon mózgowych i obecność guzków o wyglądzie kiłowym). Zdaniem Lereboullet i innych autorów, zmianom nerwowym mogą towarzyszyć zmiany ze strony wątroby, nerek, a zwłaszcza gruczołów dokrewnych (tarczycy, nadnerczy, grasicy, przysadki).

Etiologia tego cierpienia daje się ująć w następujące punkty.

1) Z reguły mongołowatość występuje tylko u jednego (najstarszego, lub najmłodszego) dziecka w danej rodzinie. Inne dzieci mogą mieć także zaburzenia nerwowe, ale innego rodzaju.

2) Podeszły wiek rodziców. Mogą być jednak wyjątki. Zdarza się, że i dzieci młodych rodziców mogą być dotknięte mongołowatością.

3) Bardzo liczne potomstwo np. 10-te — 13-te dziecko ulega temu cierpieniu.

4) Bliskie pokrewieństwo rodziców. Jednak, zdaniem autora, czynnik ten przeważnie odgrywa rolę w innych schorzeniach nerwowych.

5) Wyczerpanie fizyczne i nerwowe lub choroby rodziców (gruźlica, kiła, alkohol).

Lereboullet odrzuca hypotezę dziedziczności i atawistyczną jako zbyt teoretyczną. Teorii mechanicznej przyznaje pewne znaczenie w mechanizmie powstania twarzy mongołowatej (ucisk owodni na nieprawidłowo zagnieżdżony zarodek).

Cechy charakterystyczne mongołowatości są następujące: wyraz twarzy typu mongolskiego, opóźniony wzrost, zaburzenia w wydzielaniu gruczołów dokrewnych i zahamowanie intellektu.

W celu leczenia opóźnionego wzrostu, zaburzeń w odżywianiu i wydzielaniu gruczołów dokrewnych stosuje się: fosfór, wapń, jod, żelazo i witaminy, oraz preparaty tarczycy, grasicy, przysadki i nadnerczy. O ile kiła jest przyczyną zmian mongołowatości u dzieci, stosuje się leczenie arszenikiem, bizmutem, rtęcią i jodem. Niepokój i nerwowość zwalczamy przez podawanie gardenalu albo luminalu. Na zatrzymanie rozwoju umysłowego ma wpływ postępowanie lekarsko-pedagogiczne wraz z troskliwą opieką najbliższego otoczenia. Konieczne jest wczesne rozwijanie u tych dzieci zdolności uwagi i nauczanie mowy.

Cechy charakteru dzieci mongołowatych według Achard'a są następujące: ogromna wrażliwość (niemożność zmiany środowiska do którego są przyzwyczajone), łagodność, serdeczność, czułość na dobre traktowanie, zamiłowanie do porządku, staranność, punktualność. Wszystkie próby nauczania, szczególnie zbiorowego, dają

wyniki niedostateczne. Jednak dzieci nieleczone wykazują poziom intellektu właściwy da wieku 1 — 3 lat, a te same zaś dzieci przy pomocy odpowiedniego, regularnego leczenia uzyskują poziom rozwoju ośmio-letniego dziecka.

Rola zaburzeń rdzeniowych wywołanych przez awitaminozę C w badaniach hematologicznych. Normoblastosa. (Contribution à l'étude du terrain en hématologie, trouble médullaire innaparent révéillé par l'avitaminose C. Normoblastose). G. Mouriquand, L. Weill, V. Edel, J. Ferri.

Archives de Médecine des enfants. Nr. 6, 1938, 369 — 373.

Od kilku lat opisywane są w medycynie dziecięcej nowe postaci anemii: erytroblastozy noworodków, anemie rzekome, anemie Cooley'a. O ile klinika tych schorzeń jest znana, to patogeneza ciągle jest jeszcze nie wyjaśniona. Uderza jednak, że wszędzie zaakcentowany jest w tych przypadkach czynnik dziedziczenia (rodzina, rasa). Autorzy postanowili zbadać następujące zagadnienia: 1) jaki wpływ na wystąpienie zaburzeń w układzie krwiotwórczym młodego ustroju mogą mieć różne uboczne czynniki w przebiegu ciąży. 2) Jeżeli te czynniki same przez się są dla ustroju obojętne, to czy mogą wzmagać działalność czynnika anemizującego. (Np. w doświadczeniach Rhaada i Millera dodatek do diety niedoborowej 0,5 pyramidonu lub 1,0 indolu wywoływał objawy kliniczne niedoboru witaminy B_2).

Do swoich doświadczeń autorzy użyli świnek morskich wagi około 200 g, u których za pomocą standartowej diety niedoborowej (wg. Randoin) wywoływano gnilec. Badania krwi u tych zwierząt wykazywały rozwijającą się szybko anemię: spadek hemoglobiny ok. 50 — 60%, obniżenie się liczby ciałek czerwonych z 6.500.000 — na 4.000.000 lub 3.800.000. Ciałka białe początkowo w ilości zwiększonej; pod koniec występowała leukopenia. W składzie ciałek białych przeważały jednojądrzaste. Pod koniec okresu choroby (25 — 30 dni) pojawiały się wielojądrzaste jako reguła. Autorzy znajdowali jednak i wówczas 1 — 10% jednojądrzastych.

Ciężarnym zdrowym zwierzętom szczepiono anatoksynę błoniczą Ramona trzykrotnie w ilości 1 cm^3, 2 cm^3, 3 cm^3 w odstępach 3 tygodniowych. Świnki zabieg ten znosiły dobrze, młode wydane na świat nie przedstawiały odchyleń od normy. Po I tygodniu życia młodym zwierzętom podawano podskórnie 1 cm^3 $^1/_{100}$ roztworu toksyny błoniczej. Gdy osiągały wagę ok. 200 g brano je na dietę z niedoborem C, wywołując gnilec. Badania krwi wykazywały od 12-go przeciętnie dnia doświadczenia pojawienie się we krwi znacznej ilości normoblastów, które osiągały liczby 75%, 80% i 100%.

U świnek zwykłych, pozostających na tej samej diecie, którym szczepiono te same lub wyższe dawki anatoksyny nie uzyskiwano tak znacznej normoblastozy. Autorzy mają zamiar przeprowadzić szereg badań z różnymi czynnikami toksycznymi lub infekcyjnymi. Być może, że przyczynią się one częściowo do wyjaśnienia tej interesującej klinicystę grupy schorzeń układu krwiotwórczego.

Siarczan miedzi w leczeniu anemii. (Le sulfate de cuirre dans la thérapeutique des anémies de tous les âges). A. Cannelli.

Revue Française de Pédiatrie, Nr. 5, 1937.

Autor od wielu lat stosuje siarczan miedzi w leczeniu anemii i błednicy. Wyniki uzyskiwane są dobre, szybkie i trwałe. Ta mało dotychczas znana metoda powinna być postawiona na równi ze stosowaniem żelaza, arszeniku, manganu i wątroby. Miedź może być podawana w każdym wieku, poczynając od niemowlęcego, jest dobrze znoszona, podaje się ją w małych ilościach i nie ma przykrego smaku. W przypadkach, gdzie podawanie wyżej wymienionych środków nie dawało pożądanych wyników, dodanie roztworu miedzi często pobudzało bardzo wyraźnie układ krwiotwórczy.

Również leczenie kojarzone miedzią i witaminami, wapnem, fosforem, strychniną lub hormonami było bardzo efektywne. Siarczan miedzi jest przez autora podawany w postaci 1% wodnego roztworu w ilościach 10, 15, 20 kropli 2 razy dziennie bezpośrednio przed posiłkiem. Po 10-dniowej kuracji robiono przerwę. Wyniki były dobre przede wszystkim w przypadkach anemii wtórnej, powstałej w przebiegu krzywicy, chorób zakaźnych, kiły itp. Także podobnie dobre rezultaty uzyskiwał autor w leczeniu anemii u dzieci w wieku szkolnym w przebiegu błednicy. W tych ostatnich przypadkach oprócz miedzi autor stosował żelazo oraz wyciągi z jajników, niekiedy z dodatkiem wyciągów z części przedniej przysadki.

Uwagi nad przemianą witaminy C w ustroju dziecka. (Considérations sur le métabolisme de la vitamine C chez les enfants). Dr A. Jancon et Dr C. Oprisin.

Revue Française de la Pédiatrie. Nr 1, 1938.

Na wstępie autorzy zaznaczają, że od najdawniejszych czasów znane było zjawisko, iż jednostki, pozbawione całkowicie surowych składników pożywienia, zapadały na gnilec. W ostatnich jednak dopiero czasach wyjaśniono, że częścią pokarmów surowych działającą przeciwgnilcowo jest witamina C, zidentyfikowana następnie przez Szent-György'ego z kwasem askorbinowym i otrzymana syntetycznie przez Reichsteina i Havoertha. Witamina C jest rozpuszczalna w alkoholu i wodzie. Wysoka ciepłota i wysychanie przy obecności ciał utleniających niszczy ją. Kwas askorbinowy wykryć można metodami biologicznymi i chemicznymi.

Autorzy oznaczali ilość witaminy C w moczu zapomocą miareczkowania jodem, przy czym mocz powinien być silnie zakwaszony. Zaznaczają oni, że kwas askorbinowy szybko utlenia się, wobec czego każdą porcję moczu należy miareczkować natychmiast po wydaleniu moczu.

Ustrój ptaków, szczurów i bezkręgowców posiada zdolność syntetyzowania kwasu askorbinowego, podczas gdy człowiek i większość kręgowców nie mają tej zdolności.

Według zdania Rohmer'a i Bezssonoff'a niemowlęta w pierwszym roku życia również zdolne są syntetyzować kwas askorbinowy, inni autorzy przeczą temu jednak, a stosunkowo dużą oporność niemowląt na gnilec, mimo

pożywienia pozbawionego witamin, tłumaczą posiadaniem dużego ich zapasu, otrzymanego w życiu płodowym ze krwi matki. Po wyczerpaniu tego zapasu u niemowlęcia występują objawy awitaminozy.

Aby temu zapobiec należy dostarczyć mu w codziennym pożywieniu około 50 mgr witamin. Ilość taka znajduje się w 1 litrze mleka kobiecego, w nieznacznych ilościach karotenu i ergosterolu. Mleko krowie zawiera mniej kwasu askorbinowego niż mleko kobiece. W roślinach znajduje się on w częściach zawierających chlorofil.

Przyswajanie kwasu askorbinowego w ustroju odbywa się w jelicie cienkim, skąd drogą krwi przechodzi on i odkłada się w narządach takich jak: kora nadnerczy, komórki śródmiąższowe jąder, ciałko żółte, przysadka (komórki kwasochłonne), ścianki małych tętniczek, żyłek i włośniczek. Ściany dużych naczyń, tkanka łączna, mięśnie, tarczyca, przytarczyczki, grasica, wysepki L a n g e r h a n s a, płat tylny przysadki zawierają tylko ślady witaminy C.

Wątroba odgrywa specjalną rolę, w niej mianowicie odkłada się najwięcej witaminy C. W razie przedawkowania inne narządy zawierają pewną określoną ilość witaminy C, nadmiar zaś zostaje wydalony, zniszczony, lub odłożony w wątrobie.

Wydalanie kwasu askorbinowego odbywa się przez nerki. Szczyt wydalania następuje w 3 godziny po posiłku i zmienia się w zależności od ilości witaminy C dostarczonej w pokarmach.

U dorosłych zdrowych w ciągu dnia wydala się 30 — 33 mgr. U dzieci w zależności od ich stanu zdrowia, od wagi i od pokarmu wydala się w ciągu 24 godzin 2 — 9,2 mgr. kwasu askorbinowego ,przeciętnie 5 mgr.

Po podaniu dużej dawki witaminy C (200 mgr) doustnie, ilość jej wydalana z moczem znacznie wzrasta. Zjawiska tego autorzy nie obserwowali u dzieci chorych.

Tłumaczą to sobie w ten sposób, że albo wskutek ciężkiej toksykozy zapotrzebowanie ustroju na witaminę C wzrosło, albo że nie doszło do wchłonięcia witaminy w jelicie, gdyż wiadomem jest, że niektóre szczepy pałeczek okrężnicy mają zdolność niszczenia jej.

Podawanie witaminy C korzystne jest w ciężkich stanach chorobowych, u niemowląt i dzieci starszych, duże ilości kwasu askorbinowego zapobiegają wystąpieniom objawów awitaminozy. Dawka dzienna winna wynosić 50 mgr., a oznaczenie momentu, w którym ustrój został nasycony, dokonuje się za pośrednictwem stałego miareczkowania moczu. Mianowicie, gdy ilość wydalanej witaminy C zaczyna wzrastać, nasycenie zostało osiągnięte.

Aby uniknąć niszczącego działania flory bakteryjnej w jelitach i aby witamina C mogła być wcześniej przyswojona przez tkanki ustroju, autorzy podawali ją domięśniowo. W tych warunkach wystarczało zwykle podanie 400 mgr. kwasu askorbinowego, aby otrzymać nasycenie ustroju.

Leczenie promieniami Rentgena schorzeń migdałów u dzieci. (La Roentgenothérapie de l'amygdale chez l'enfant). B e n a s s i et M a r i o S c a r z e l l a.

Revue Française de Pédiatrie. Nr 2, 1938.

Autorzy w swej pracy podają przegląd piśmiennictwa włoskiego oraz wnioski, opate na obserwowanych przez siebie przypadkach.

1. Szczególnym wskazaniem do leczenia promieniami Rentgena są choroby migdałków u osób dotkniętych skazą krwotoczną.

2. Powtarzające się zapalenia migdałków. Leczenie promieniami X daje tym lepsze wyniki, im młodsze jest dziecko. U dzieci starszych, gdzie utkanie migdałków jest znacznie zmniejszone i poprzecinane licznymi wgłębieniami, wyniki lecznicze są gorsze.

3. Cierpienia rozlane obejmujące poza migdałami większą część pierścienia Waldeyera. Promienie działają na większą powierzchnię i wywołują ustąpienie objawów miejscowych i ogólnych.

4. Powikłania nerkowe i gośćcowe ustępują bardzo prędko przy stosowaniu promieni Rentgena na migdałki.

5. W przypadkach, gdy po wycięciu migdałków występuje przerost trzeciego migdałka — istnieje wskazanie do leczenia promieniami X.

1. R o t e c c h i i L u p o odradzają stosowania tego sposobu leczenia u bardzo małych dzieci, ze względu na bliskie położenie przysadki. W i n d h o l t z uważa za możliwe wystąpienia obrzęku śluzowego.

2. Niemożność unieruchomienia małych dzieci stanowi przeszkodę w naświetlaniu promieniami X, podobnie silniejsze krwawienie w czasie operacji wyłuszczania migdałów u osobników poprzednio naświetlanych.

Przy leczeniu migdałków promieniami X, stopniowo zwiększa się dawki promieni. Naświetla się codziennie w ciągu 6 — 8, a nawet 10 dni na zmianę raz jedną, drugi raz drugą stronę. Średnica pola naświetlanego wynosi zazwyczaj około sześciu cm. Wielkość naświetlanego pola jest uzależniona a) od wieku chorego, b) od rozmiarów naświetlanej przestrzeni (same migdałki czy też cały pierścień W a l d e y e r a).

W celu zabezpieczenia sąsiednich narządów od działania promieni, używa się blaszek ołowianych.

Dużą zaletą leczenia promieniami Rentgena jest pozostawienie migdałów w ustroju, gdzie mogą dalej spełniać swą czynność obronną.

Zmniejszenie migdałków zaczyna się zwykle w czwartym lub ósmym tygodniu od początku naświetlania.

Mechanizm działania promieni Rentgena nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśniony. Duże znaczenie dla zwalczania sprawy chorobowej ma większy rozwój fagocytozy i histjocytów pod wpływem promieni X.

W przypadkach opornych na działanie promieni Rentgena, stosuje się wycięcie migdałków.

Choroby zakaźne w 1938 r. (Les maladies infectieuses en 1938). Ch. D o p t e r.

Paris Médical. Nr 23, 4 juin 1938.

Dur brzuszny.

Autor przytacza pracę Lemaire'a, który opisuje epidemię tej choroby w Algierze. Szerzyła się ona drogą spożywania lodów. Śmiertelność wynosiła 25%. A u d i e r podaje, iż w durze, którego roznosicielami były małże, śmiertelność wynosiła 33%.

Nerczycę i zapalenie nerek, jako powikłanie w przebiegu duru, opisali J. O l m e r i A. J o u v e. O ile w tych wypadkach występuje jedynie krwiomocz, rokowanie jest na ogół dobre. Przy zapaleniu kłębuszkowym nerek krwiomocz

jest wstępem do cięższych uszkodzeń tego narządu. W przypadkach, gdzie występowało zapalenie otrzewnej bez przedziurawienia jelit — znajdowano zawsze zapalenie lub zropienie gruczołów krezkowych. Po zabiegu chirurgicznym następowało zupełne wyleczenie tej sprawy. A. Bertrand podał metodę sero-precypitacyjną, dającą pewne dane rozpoznawcze dla duru brzusznego. Opiera się ona na działaniu czterech antygenów: dwóch tyfusowych H i O, i dwóch paratyfusowych A i B.

Metody lecznicze podane przez B. Olmer'a, J. Olmer'a i Gaseard polegały na wstrzyknięciach surowicy przeciwzgorzelinowej, węgla i witaminy A. Przy takim postępowaniu otrzymywano dobre wyniki lecznicze. Trenz stosował szczepienia śródskórne szczepionką T. A. B. wstrzykiwał on 0,5 cm³ szczepionki rozcieńczonej (0,05 g szczepionki na 2 cm³ rozczynu fizjologicznego). Po zniknięciu odczynu skórnego powtarzał szczepienie. Metoda ta dawała wyleczenie bez powikłań.

Livierato i S. Vagliano stosowali z dobrymi wynikami, leczenie metodą Besredki. Używali przeciwjad świeży.

Szczepienie zapobiegawcze przeciw tyfusowi, czy to tylko szczepionką swoistą, czy też w połączeniu ze szczepionkami przeciw innym chorobom zakaźnym, dawało zawsze wyniki bardzo dobre. Obesrwowano powikłania poszczepienne jak: pokrzywkę, krwawienia jelitowe, białkomocz, zapalenie nerek, zapalenie śluzówki gardła. Wypadki powikłań jednak są bardzo rzadkie i nie stanowią przeciwwskazań.

Czerwonka.

Castellani opisuje bakterie metadyzenteryczne, różniące się własnościami biologicznymi od bakterii Shiga-Kruze i Flexner-Hissa. Wywołują one colitis chronica, co zostało stwierdzone sposobem serologicznym. Okresowe obostrzenia tej choroby mogą powtarzać się w ciągu kilku miesięcy lub kilku lat. Leczniczo w tym wypadku stosował Castellani szczepionkę mieszaną.

C. i O. Theadorasco opisali pojawienie się w Rumunii zapalenia jelit o charakterze czerwonki. Choroba ta była wywołana przez zarazek, różniący się od pałeczki Shiga własnościami biologicznymi.

Autor omawia pozatem prace Boivin i Mesroteau nad endo- exotoksynami zarazków dyzenterii. Pałeczka Shiga S zawiera obok toksyny termostałej i enterotropowej, toksynę termolabilną i neurotropową, czego brak znowu postaciom R i S pałeczki Flexnera. Postać Flexnera nie wytwarza ani endo ani exotoksyny.

Gorączka Maltańska.

Ta jednostka chorobowa jest wywołana według licznych prac przez zarazek zwierzęcy (krowy, barany). Ludzie zarażają się częściej przez bezpośrednie zetknięcie (brudne ręce), niż przez spożycie mleka względnie mięsa.

Częste są powikłania ze strony układu nerwowego jak: zapalenie wielonerwowe z objawem Korsakowa, zapalenie oponowo-korzonkowe pod postacią rzekomej myopatii, zapalenie opon mózgowych niepowikłane, zapalenie opon mózgowych i mózgu. Powikłaniom tym towarzyszą często powikłania ze strony narządów jamy brzusznej, jak schorzenia wątroby i nerek.

Spotykano również powikłania krwotoczne: krwawienia z nosa, krwiomocz, krwawienia jelitowe. Leczniczo stosowano związki sulfamidowe i szczepionkę swoistą.

Dżuma.

Girard, omawiając epidemiologię dżumy — uważa szczury i pchły za głównych roznosicieli tej choroby. Przebiega ona pod postacią płucną lub gruczołową. Wrotami zakażenia są często spojówki. Zapobieganie polega na szczepieniu ochronnym zarazkami zabitymi (nie przez wszystkich autorów uważane za bezpieczne) i niszczeniu roznosicieli.

Tularemia (pseudodżumowe zapalenie gruczołów chłonnych).

Podczas epidemii w środkowej Europie, stwierdzono, iż roznosicielami tej choroby są gryzonie (zające, króliki, muchy i kleszcze). Na ludzi przenosi się ona albo drogą bezpośrednią, albo pośrednią przez przedmioty zanieczyszczone wydalinami tych zwierząt.

Netousek i J. K. Kollar opracowali symptomatologię i sposoby diagnostyki biologicznej tej choroby.

Wrotami zakażenia u ludzi może być albo skóra, albo śluzówki. W pierwszym wypadku występuje postać wrzodziejąco-gruczołowa w drugim — zapalenie śluzówek.

Zakaźna żółtaczka krętkowa.

Janbon, Quet, Erber i Sollier opisali przypadki żółtaczki zakaźnej u górników, gdzie źródłem zakażenia były szczury. Spotykano w tego rodzaju przypadkach często postaci nietypowe, występujące bez żółtaczki, pod postacią zapalenia opon mózgowych, zapalenia opon mózgowych i objawów podżółtaczkowych oraz objawów nerkowych. J. Troisier opisał zapalenie opon mózgowych, wywołane doświadczalnie przez leptospirocheta. Zarazek ten wywołuje u ludzi (H. Roger i Vaque) zapalenie opon niepowikłane lub powikłane zajęciem wątroby, nerek, mózgu, nerwów i oczu.

Objawy tej jednostki chorobowej mogą być tak nietypowe, iż jedynie próba aglutynacyjna z surowicą chorego może dać pewne rozpoznanie.

Inni autorzy na podstawie badań serologicznych doszli do wniosku, że Spirocheta canicola (wywołująca objawy żołądkowo-jelitowe u psów) jest specjalnym szczepem krętka, wywołującego żółtaczkę zakaźną. Zarazek ten jest przenoszony na ludzi za pośrednictwem psów.

Odra.

Według autora odra z objawami krwotocznymi daje zwykle złe rokowanie. Janbon spotykał jednak odrę z tymi objawami o przebiegu łagodnym.

Josserand, Bovier-Lapierre podają przypadek zapalenie mózgu poodrowego, który zakończył się całkowitym wyleczeniem.

Leczenie odry dużymi dawkami surowicy ozdro-

wieńców daje wyniki zadawalające (Guibert, Lapeyre).

Warthini de Finkelday wykryli w przebiegu odry w migdałkach i wyrostku robaczkowym skupienia komórek olbrzymich.

Płonica.

Zagadnienie patogenezy płonicy wciąż jeszcze jest nierozwiązane. Pogląd na udział streptokoków w wywoływaniu tej choroby jest zwalczany przez niektórych autorów.

Morquezy i Rambert opisują zapalenie mózgu w przebiegu płonicy. Strol, Lazaresco-Bacalogini i Conu obserwowali anginę wrzodziejąco-nekrotyczną.

Najlepsze wyniki lecznicze otrzymali przy stosowaniu mieszanym surowicy przeciwzgorzelinowej wraz z surowicą przeciwszkarlatynową.

Po zastosowaniu szczepień przeciwpłoniczych, ilość zachorowań znacznie się zmniejszyła. W wypadkach, gdzie mimo szczepień wybuchła płonica, przebieg jej był bardzo lekki. Śmiertelność u szczepionych nie przekracza 0,44%.

Ospa.

Autor omawia tu zalety szczepionki z hodowli czystej zarazka ospowego specjalnie hodowanego w Instytucie Pasteur'a (Platz). Szczepionka ta nie daje tych powikłań, jakie spotykano po zastosowaniu szczepionki zwykłej. Kaiser i Lappert opisują zapalenie mózgu poszczepienne, ale to powikłanie według autora jest nadzwyczajną rzadkością.

Zakażenie gronkowcowe.

Ramon, Richou i Mercier przeprowadzali liczne prace nad określeniem wartości leczniczej anatoksyny i antytoksyny gronkowcowej.

Wyniki leczenia anatoksyną w schorzeniach gronkowcowych skórnych były lepsze we Francji niż zagranica. Debré, H. Bonnet i Thieffry, stosując powyższy sposób leczenia, otrzymali 70% dobrych wyników. Na zapalenie szpiku kostnego i zakażenie ogólne wpływ anatoksyny nie był widoczny. J. Berger i R. Worms opisują przypadek zakażenia gronkowcowego ciężkiego z powikłaniami jako skutek zanokcicy. Autorzy w tym przypadku stosowali anatoksynę i surowicę przeciwgronkowcową i otrzymali całkowite wyleczenie.

Zakażenie paciorkowcowe.

W zakażeniach paciorkowcowych autorzy stosują różne środki chemiczne, zwłaszcza związki sulfamidowe. Dają one dobre wyniki lecznicze w zapaleniu paciorkowcowym opon mózgowych.

Zakażenie meningokokowe.

Ribadeau-Dumas, Signier i Gharib opisali przypadek zakażenia meningokokowego u niemowlęcia o nietypowym przebiegu. Wśród objawów klinicznych uwydatniały się drgawki i porażenia. Pomimo stosowania swoistej surowicy dziecko zmarło. Na sekcji stwierdzono obecność zapalenia mózgu i ognisko krwotoczne wielkości grochu na wysokości rogu wewnętrznego czwartej komory oraz objawy przebytego zapalenia opon.

Cały szereg doświadczeń nad działaniem związków sulfamidowych na zakażenie meningokokowe dał wyniki równoznaczne z działaniem swoistej surowicy. Związki sulfamidowe stosowano podskórnie, do kanału lędźwiowego i doustnie.

Pongratz stosował sam prontosil albo jednocześnie z surowicą z wynikiem pomyślnym. Catfan i Fort otrzymali wyleczenie bardzo ciężkiego zapalenia opon mózgowych przez stosowanie endoproteinoterapii. Według autora wskazania do stosowania tych środków istnieją w tych przypadkach, w których leczenie surowicą jest niewystarczające.

Choroba Heine-Medina.

Zespół objawów, występujący przy chorobie Heine-Medina jest bardzo zmienny. Zdarzają się przypadki bez porażeń, a także (Comby) przebiegające pod postacią wyleczalnych limfocytowych zapaleń opon mózgowych. Wrotami zakażenia (Sabin i Olitsky) jest tu nos i nerw węchowy przez który zarazek dostaje się do centralnego układu nerwowego. Stwierdzone zmiany anatomo-patologiczne u zwierząt doświadczalnych i u ludzi zmarłych dotyczyły przeważnie nerwu węchowego. Próby szczepień ochronnych narazie nie dają zadawalających wyników.

Błonica.

Autor przytacza spostrzeżenia Chalier i innych nad zawartością azotu we krwi, która jest w stosunku wprost proporcjonalnym do ciężkości przebiegu danego przypadku chorobowego.

Boivin doszedł do wniosku na podstawie licznych poszukiwań, iż czynniki najbardziej aktywne w toksynie i anatoksynie, są natury proteinowej. Proteiny te można otrzymać na drodze czysto chemicznej.

Sohier i Jude otrzymywali antytoksynę błoniczą z płynu mózgowo-rdzeniowego chorych uleczonych surowicą przeciwtężcową.

W przebiegu błonicy z współudziałem różnych anaerobów stosowano leczenie surowicą przeciwbłoniczą i przeciwzgorzelinową. Postępowanie takie dawało wyniki lepsze niż przy stosowaniu tylko surowicy przeciwbłoniczej.

Działanie lecznicze strychniny szczególnie zaznacza się (Janbon, Alquier i Simon) w przypadkach ciężkiej błonicy w stosowaniu jednoczesnym z surowicą swoistą. Sauvy badał mechanizm działania strychiny. Według tego autora polega on na: a) działaniu bezpośrednim na toksynę, b) działaniu antagonistycznym w stosunku do toksyny, c) i ogólnie tonizującym ustrój.

Mockevicims otrzymał wyleczenie ciężkich porażeń pobłoniczych, stosując duże dawki strychniny od połowy do jednego miligrama na

kilogram wagi dziennie. Ramon podał sposób stosowania anatoksyny błoniczej wraz z surowicą swoistą w przebiegu błonicy (wstrzyknięcie naraz dużej ilości surowicy z małą dawką anatoksyny i kilka wstrzyknięć anatoksyny samej). Przy tym postępowaniu zjawiała się początkowo odporność bierna krótkotrwała, a następnie odporność czynna, trwała. Wykazał on również, iż po wprowadzeniu szczepień ochronnych anatoksyną, procent śmiertelności w przebiegu błonicy znacznie się zmniejszył.

Hatoux-Austett dokonywała szczepień przy pomocy jednego wstrzyknięcia specjalnie przygotowanej szczepionki Sordelliego. Ramon jest zdania, iż jedno wstrzyknięcie nie wystarcza do uzyskania trwałej odporności.

Dur plamisty.

Gaud i Bonjean uważają, iż zarazek tyfusu plamistego w okresach pomiędzy epidemiami, przebywa w organizmie ludzkim. W warunkach zwykłych nie wywołuje on zmian chorobowych, wskutek osłabienia organizmu przez choroby lub niedostateczne odżywianie, powoduje powstanie duru. Chuiton, Pirot i inni obserwowali przypadki duru plamistego, w których wrotami zakażenia był przewód pokarmowy (chleb zanieczyszczony przez zarażone szczury). G. Blanc z pośród szczepionek z krętka zabitego uważa za najlepszą szczepionkę Weigla, ale niepewnie działającą. Szczepionka przygotowana z zarazka osłabionego daje uodpornienie pewne. W wypadkach gdzie szczepienie było przeprowadzane w okresie wylęgania, przebieg choroby był bardzo lekki. Również dobre wyniki otrzymano (Laigret) po zastosowaniu szczepionki z żywych zarazków (z mózgu szczurów zakażonych). Aby zapobiec wybuchowi duru plamistego u szczepionych w okresie wylęgania, Weigl proponuje wstrzyknięcie surowicy ozdrowieńców albo szczepionych, a następnie podanie szczepionki, przygotowanej według sposobu tego autora.

Jaglica.

Autor przytacza zdanie Cuénod i Nataf, że jaglica jest wywołana przez rickettsie. Stwierdzono zależność występowania jaglicy od częstości występowania duru plamistego. Wyhodowano również z przewodu pokarmowego wszy — Rickettsias trachomae.

Żółta gorączka.

Już w r. 1936 udało się wyodrębnić szczep zarazka amaril u chorych na gorączkę żółtą. Komar z gatunku Culex-Stegomya jest przenosicielem tego zarazka. Bablet podaje możliwość obumarcia komórek wątroby w przebiegu tego cierpienia. Badania serologiczne wykazały konieczność szczepienia zapobiegawczego w wieku szkolnym u dzieci narażonych na zachorowanie. Dobre wyniki (Laigret, G. Salaun i Ceccaldi) daje szczepienie samą szczepionką bez połączenia z surowicą. Metoda ta może dawać przejściowe objawy oponowo-mózgowe. Najlepsze wyniki otrzymano po zastosowaniu szczepionki z zarazków wyhodowanych w specjalnych warunkach (na błonie allantoidalnej jajka, albo na zarodku kurczęcia lub myszy).

Czerwonka pełzakowa.

Autor podaje różnorodność objawów klinicznych pod którymi przebiega ta jednostka chorobowa, czasami nie ma zupełnie objawów czerwonki, natomiast są objawy duszznicy sercowej, zapalenie otrzewnej jako skutek pęknięcia licznych ropni wątroby. D. Olmer i Audie otrzymywali wyleczenie po stosowaniu emetyny i stowarsolu.

Kala-azar. Otrzymano szybkie wyleczenie w jednym przypadku tej choroby po zastosowaniu antymonu.

P. Wojciak.

CHOROBY USZU, GARDŁA

Krwotok z tętnicy szyjnej w gruźlicy kości skalistej. (L'otorragie carotidienne dans la tuberculose du rocher). F. J. Collet i R. Mayoux.

Le Journal de Médecine de Lyon Nr. 335. R. 1938.

Gruźlica kości skalistej jest niezbyt rzadkim powikłaniem gruźlicy płuc. Powikłanie to prowadzi jużto do zespołu Gradeniga, jużto do zaburzeń błędnikowych, jużto wreszcie do rozpadu ściany tętnicy szyjnej z następowym krwotokiem przez ucho na zewnątrz. Gruźlica jest najczęstszą przyczyną takiego krwotoku (60%). Z innych przyczyn wymienić należy szkarlatynę, kiłę, nowotwory. W czasie krwotoku mamy zazwyczaj do czynienia z istniejącym już wyciekiem ropnym z ucha środkowego. Blaszka kostna, dzieląca teren procesu rozpadowego od ściany tętnicy, jest dość cienką i stonowi przeto punkt najsłabszego oporu. W pracy omówiony jest szczegółowo mechanizm patogenetyczny procesu rozpadowego, prowadzącego do ubytku w ścianie tętnicy. Krwotok tętnicy szyjnej nie wymaga żadnej pobudki urazowej w rodzaju np. nagłego wysiłku fizycznego lub ataku kaszlu, lecz zjawia się zazwyczaj samoistnie, najczęściej wśród snu nocnego. Niekiedy przez jakiś czas pokazują się nieznaczne, „zwiastujące" krwawienia, częściej krwotok występuje odrazu obficie, by po pewnym czasie po utracie kilkuset cm^3 krwi ustać. Po krótszym lub dłuższym czasie krwotok ponawia się raz lub kilkakrotnie i prowadzi wreszcie do śmierci. Czasem gdy destrukcja obejmuje także przyśrodkową ścianę ucha środkowego, pojawia się porażenie nerwu twarzowego. Niekiedy po krwotoku występuje porażenie połowicze kontralateralne, spowodowane niedokrwieniem półkuli mózgu, dotkniętej krwotokiem. Następuje to wówczas, gdy tłem zatrzymania się krwotoku jest odruchowy skurcz tętnicy. Gdy u chorego przeprowadzono zabieg doszczętny w przypadku z nadżarciem tętnicy szyjnej, krwotok może nastąpić przy zmianie opatrunku.

Niekiedy w takich przypadkach przed wystąpieniem krwotoku można widzieć przez przewód tętnienie wydzieliny ropnej lub nawet samej ściany tętnicy lub można wysłuchać tętnienie wprowadzonym do rany otoskopem. Dla trafnego rozpoznania należy wykluczyć w pierwszym rzędzie krwotok z żył, głównie z zatoki esowatej, zwłaszcza zaś z opuszki żyły jarzmowej. Ten ostatni różni się ciemnym zabarwieniem krwi i tym

że nie występuje etapami jak krwotok tętnicy szyjnej, lecz prowadzi bezpośrednio do śmierci.

Poza tym krwotok z zatoki ma zwykle swoistą etiologię septyczną z dużymi skokami ciepłoty. Zdarzają się niekiedy również krwotoki przez ucho z tętnicy oponowej średniej.

Poza gruźlicą także destrukcje szkarlatynowe i perlakowe mogą powodować krwotoki tętnicy szyjnej, których profilaktyka polega w pewnym stopniu na wczesnym zabiegu doszczętnym na chorym uchu, gdyż zabieg ten zmniejsza tendencję do drążenia rozpadu w kierunku tętnicy szyjnej. Postępowanie polega na tymczasowym tamponowaniu i na podwiązaniu tętnicy szyjnej wewnętrznej lub wspólnej.

Posocznice z zakrzepowym zapaleniem żyły jarzmowej w ropowicach kołomigdałkowych. (Les septicémies avec thrombophlébite de la jugulaire dans les phlegmons péri-amygdaliens). J. Rebattu i R. Berton.

J. w.

Autorzy opisują przebieg dwuch przypadków posocznic kołomigdałkowych. Oba zakończyły się zejściem śmiertelnym. W pierwszym z nich wykonano najprzód parokrotne nacięcia koło migdałka, później podwiązanie żyły jarzmowej, w drugim uskuteczniono resekcję gruczołów koło żyły jarzmowej i resekcję znacznego jej odcinka. Autor analizuje poglądy rozmaitych autorów na etiologie, patogenezę i leczenie posocznic kołomigdałkowych. Porównanie ich z posocznicami pochodzenia usznego wykazuje, że pierwsze z nich są dla życia znacznie groźniejsze. Wynika to prawdopodobnie z różnic w bakteriach patogenetycznych i z okoliczności, że w posocznicach kołomigdałkowych współdziałają często beztlenowce. Patogeneza jest różnie ujmowana.

Według jednych (Fränkel, Zange) droga zakażenia jest żylna. Według drugich (Uffenorde, Claus, Wessely, Waldapfel, Taptas) posuwa się zakażenie wzdług dróg limfatycznych. W ten sposób przychodzi stopniowo do zajęcia żyły jarzmowej od zewnątrz ku wewnątrz. Niekiedy, jak to spostrzegali Toptas i Waldapfel można stwierdzić, jak zropiały gruczoł chłonny wylewa swą treść do żyły jarzmowej. Badania doświadczalne na psach, które wykonał Hybasek, potwierdzają tę tezę. Wreszcie Brunner i Hirsch przyznają obu drogom zakażenia równorzędne znaczenie. Również co do leczenia różnią się poglądy. Pewna, wielka w ostatnich czasach grupa klinicystów wypowiada się za tym, aby, gdy angina trwa ponad tydzień i daje groźne objawy, przystąpić do wyłuszczenia odnośnego migdałka, a również z podwiązaniem żyły jarzmowej nie czekać na wystąpienie wyraźnych (palpacyjnych) objawów jej schorzenia. Zwolennicy tego radykalnego postępowania mają doskonałe wyniki, lecz nie należy zapominać, że znaczna część tych chorych wyleczyłaby się — zdaniem autorów — również i bez operacji. Duży odłam badaczy jest za wczesnym wyłuszczeniem migdałka (amygdalectomie à chaud), podkreślając, że zabieg ten nie natrafia na techniczne trudności, natomiast do zabiegu na szyi odnosi się powściągliwie. Autorzy obu tych grup mają około 66% wyleczeń; Claus 70%, Voss 69%. Istnieją także autorzy, jak Ferrezi, którzy zabiegom chirurgicznym odmawiają w tym cierpieniu wszelkiego znaczenia. Zdaniem autorów pracy tej wczesne leczenie zachowawcze (propidon, surowica Vincenta, pochodne grupy chemicznej 1142 B) w przypadkach zakażenia paciorkowcami nie jest pozbawione znaczenia.

W sprawie przypadłości błędnikowych przy zmianie ciśnienia atmosferycznego. (A propos des accidents labyrinthiques par décompression). R. Bertoin.

J. w.

Na podstawie własnych spostrzeżeń,—z których dwa są szczegółowo przytoczone—i piśmiennictwa dochodzą autorowie do następujących wniosków: W 20 do 60 minut po opuszczeniu komory wysokich ciśnień występują bardzo gwałtowne zaburzenia pod postacią zawrotów i utraty równowagi z upadkiem na ziemię, szumu w uszach, znacznej lub zupełnej utraty słuchu po jednej lub obu stronach; dołączają się nudności i osłabienie serca aż do omdlenia. Dalszy rozwój objawów bywa trojaki: 1) Powrót do stanu prawidłowego, 2) Częściowa utrata słuchu z utrzymywaniem się zawrotów itp. w mniejszym lub większym stopniu przy prawidłowym niekiedy wyniku badania obiektywnego lub 3) utrwalają się nieodwracalne ciężkie objawy zniszczenia błędnika zarówno w jego części słuchowej (głuchota) jako też przedsionkowej (zawroty i upośledzenie równowagi przy zupełnej utracie pobudliwości obrotowej i cieplnej). Niekiedy pierwsze objawy występują już w samej komorze ciśnień. Autorzy omawiają patogenezę tych zespołów objawowych, nie dochodząc zresztą do żadnych stanowczych wniosków. Ważny dla orzeczeń wniosek praktyczny jest ten, że rokowanie omawianych wczesnych objawów jest wątpliwe i że stopień kalectwa stałego (inwalidztwa) może być ustalony najwcześniej w kilka miesięcy po wystąpieniu objawów.

Schorzenia gruczołów a zakażenie pierwotne gruźlicze. (Adénoidite et primo-infection tuberculeuse). M. J. Charachon.

J. w.

Według dawniejszych poglądów (Dieulafoy, 1895) uznawano migdałki jako wrota zakażenia gruźliczego dla gruczołów chłonnych, zwłaszcza szyjnych, natomiast gruźlicze zajęcie płuc wiązano raczej z mechanizmem oddechowym, za czym przemawiała stwierdzona często obecność prątków Kocha na śluzowce górnych dróg oddechowych. Na podstawie piśmiennictwa nowszego i przytoczonych własnych spostrzeżeń autor dochodzi do wniosku, że tkanka adenoidalna pierścienia Waldeyera wraz z migdałkami jakoteż, jako dalszy etap, gruczoły szyjne są nie rzadko drogą, którą występują zakażenie gruźlicze zarówno płuc jak i gruczołów wnękowych. Zgadza się to po części z teorią Calmetta, według którego i gruczoły wnękowe mogą być wrotami zakażenia dla miąższu płucnego. Gdy dziecko okazuje lichy stan ogólny i zmiany w gruczołach szyjnych, należy robić próbę Pirqueta i pamiętać o omowiónej drodze zakażenia.

A. Schwarzbart.

KOMUNIKATY.

VI. Kurs Teorii i Praktyki z dziedziny Radiologii Lekarskiej urządzony przez Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne i Fizjoterapeutyczne pod protektoratem Wldziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego odbędzie się w terminie od dn. 30 stycznia 1939 r. do dn. 18 lutego 1939 r. przy odpowiedniej ilości zgłoszeń.

Zgłoszenia na kurs kierować należy najpóźniej do dn. 10 stycznia 1939 r. pod adresem sekretarza Kursu Dra. B. Kryńskiego, Warszawa, Zielna II, tel. 675-78.

Wszelkich informacyj, tyczących kursu udziela również sekretarz Dr. B. Kryński (adres j. w.).

*

XI Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego odbędzie się w Wilnie w dniach 30 czerwca i 1 lipca 1938 r.

Wszelką korespondencję w sprawie zjazdu należy adresować: Sekretariat XI Zjazdu P. T. D. Klinika Dermatologiczna U. S. B. Wilno, Antokol.

NADESŁANO DO REDAKCJI:

Warszawa, dnia 18 grudnia 1938.

Wielce Szanowny Panie Redaktorze!

Uprzejmie proszę o łaskawe umieszczenie w redagowanym przez Niego piśmie niżej podanego mego oświadczenia:

W książce dra med. Naftalego Rotha p. tyt.: „Gruźlica płuc i opłucnej", która ukazała się niedawno na półkach księgarskich, autor bez mojego upoważnienia składa w „Słowie wstępnym" podziękowanie wśród innych osób także mnie jako Prezesowi Rady Naukowej Polskiego Związku Przeciwgruźliczego „za łaskawe przejrzenie książki", sugerując w ten sposób czytelnikowi, że ją zaaprobowałem. W rzeczywistości sprawa przedstawia się inaczej. Mianowicie przed paru laty dr. Roth przysłał do Polskiego Związku Przeciwgruźliczego rękopis pod powyższym tytułem z prośbą o wydrukowanie i wydanie opinii. Rękopis został przez Związek przekazany mnie jako ówczesnemu Przewodniczącemu Komisji Naukowej Związku. Po przeczytaniu tego rękopisu przez wszystkich członków Komisja jednomyślnie oceniła złożoną przez dra Rothego pracę ujemnie. Na tej podstawie Związek nie podjął się ani drukowania ani napisania przedmowy i zwrócił rękopis autorowi. Po ukazaniu się książki zwróciłem razem z drem St. Rudzkim uwagę autora na całą niewłaściwość jego postępowania i zażądaliśmy wycofania ze „Słowa wstępnego" wzmianki o nas. Zamiast uczynić zadość naszemu słusznemu żądaniu dr. Roth w piśmie do mnie z dn. 18.X.38, powoławszy się na „duże doświadczenie osobiste" oświadcza, że „reszta wybitnych lekarzy i uczonych polskich i zagranicznych dodatnio wyraziła się o wartości naukowej i praktycznej mego dzieła i zachęcała mnie do drukowania i rozpowszechnienia takowego wśród lekarzy" (sic!). W odpowiedzi zgodnie z życzeniem dra Rotho sprecyzowałem ponownie żądanie wycofania wzmianki o mnie ze „Słowa wstępnego", ale i na ten raz bez skutku.

Fakty te podaję wobec tego do ogólnej wiadomości, by ogół lekarzy nie został wprowadzony w błąd. Równocześnie radzę dr. Rothowi przeczytać i dobrze się zastanowić nad „Refleksjami czytelnika — zamiast oceny", które się ukazały z powodu jego książki w ostatnim numerze „Lekarza Wojskowego", tom XXXII, nr. 6, str. 762 — 766. Z tych trafnych „refleksyj" dowie się również co sądzą i jak oceniają jego książkę lekarze, chlubnie pracujący we ftizjologii".

Z wysokim poważaniem

(—) Prof. Dr. Witold Orłowski.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. E. Reicher, Polna 40, Tel. 9.54-54.*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto P. K. O. 15.785.

			½ str.	⅓ str.	¼ str.
Ogłoszenia:	zewnętrzna strona okładki	zł.	450.—	250.—	185.—
	bezpośrednio przed tekstem	„	350.—	200.—	120.—
	2-ga i 3-cia strona okładki	„	350.—	200.—	120.—
	pozostałe	„	300.—	170.—	95.—

Zakł. Graf. „DRUKPRASA", Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40